

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N° 353

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Henri ROULLAND

Ancien externe des Hôpitaux, Ancien interne de l'Hôpital Péan
Médaille de Bronze de l'Assistance publique
Médaille d'honneur des épidémies

DES

Processus Pathologiques non Infectieux

DES ANNEXES ET DU BASSIN CHEZ LA FEMME

(FAUSSES ANNEXITES)

Pathogénie, Symptomatologie, Traitement

« Ne voir que l'infection c'est se condamner à une
étroitesse de vue qui empêche de comprendre
bien des accidents morbides et de les conjurer. »

P^r BOUCHARD.

Président : M. POZZI, professeur

Juges } MM. CORNIL, professeur
HARTMANN, agrégé
MARION, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

353

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Henri ROULLAND

Ancien externe des Hôpitaux, Ancien interne de l'Hôpital Péan
Médaille de Bronze de l'Assistance publique
Médaille d'honneur des épidémies

DES

Processus Pathologiques non Infectieux

DES ANNEXES ET DU BASSIN CHEZ LA FEMME

(FAUSSES ANNEXITES)

Pathogénie, Symptomatologie, Traitement

« Ne voir que l'infection c'est se condamner à une
étroitesse de vue qui empêche de comprendre
bien des accidents morbides et de les conjurer. »

P. BOUCHARD.



Président : M. POZZI, professeur

Juges { MM. CORNIL, professeur
HARTMANN, agrégé
MARION, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GRANCHER
Maladies des enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER
	BERGER
	RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	N...
Clinique gynécologique	PINARD
Clinique chirurgicale infantile	POZZI
Clinique thérapeutique	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MÉRY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

LE DOCTEUR MARTEL

LE DOCTEUR ROULLAND

Médecin de Marine

Chevalier de la Légion d'honneur.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR VICTOR ROULLAND

Ancien Interne (Médaille d'or) des Hôpitaux de Paris

Directeur de l'Ecole de Médecine de Caen

Professeur de Clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'honneur.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE

A MA SŒUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553027_0009

DES

Processus pathologiques non infectieux

DES ANNEXES ET DU BASSIN CHEZ LA FEMME

(FAUSSES ANNEXITES)

PATHOGÉNIE, SYMPTOMES, TRAITEMENT

INTRODUCTION

« La doctrine du Tout à l'Infection, écrivait il y a peu de temps M. Richelot, domine la gynécologie moderne. Je refuse de croire à l'infection et à son rôle prépondérant dans les cas où je n'en vois pas trace. »

Ce cri d'alarme jeté à notre époque où l'anatomie pathologique et la bactériologie font des merveilles, est digne d'avoir son écho. Les anciens gynécologistes, cliniciens de génie, observateurs minutieux, ne s'étaient pas trompés dans toutes leurs conceptions, et les congestions utéro-ovariennes, les hypersécrétions glandulaires, le nervosisme, que présentent certaines jeunes filles avant toute contamination, certaines jeunes femmes aux lésions atténuées et évo-

luant sans réaction fébrile sont dignes du plus grand intérêt et de la plus sérieuse attention. Ayant eu occasion de voir opérer dans le service de notre maître, le Dr Doléris, un grand nombre de malades présentant de petites lésions annexielles chez lesquelles il n'y avait aucune trace de processus infectieux ni dans leurs antécédents personnels, ni dans l'histoire de leurs douleurs et de leur maladie actuelle, nous avons pensé qu'à côté des salpingites ordinaires, nettement tributaires d'un microbe pathogène, il y avait place pour lésions annexielles d'origine encore mal connue mais ne présentant aucun des stigmates d'une infection microbienne. C'est la pathogénie et la symptomatologie de ces affections que nous avons cru intéressant d'étudier et de même qu'on a décrit des « fausses métrites » chez des fausses utérines, nous décrirons les fausses annexites. Nous essaierons de réhabiliter, en les adaptant à nos connaissances actuelles quelques idées des anciens gynécologues, Richard, Spencer Wells, Lawson-Tait, de Sinéty, idées vers lesquels reviennent nos maîtres, MM. Doléris, Richelot, P. Dalché, Siredey, Pichevin.

Nous avons multiplié l'expérimentation sur les animaux pensant que dans l'étude de ces lésions la pathologie expérimentale pouvait fournir les données d'un jugement assez précis. Si le clinicien doit souvent procéder au hasard des cas, n'ayant pas le choix des faits qui s'offrent à son interprétation, il peut souvent à la lumière des lésions pro-

voquées par un trouble physiologique nettement limité et précisé par l'expérimentation, s'acheminer vers la connaissance et l'interprétation des lésions de causes plus complexes.

On a longuement étudié expérimentalement et cliniquement les troubles si complexes dus aux diverses formes de l'infection : on a laissé dans l'obscurité beaucoup de troubles physiologiques pénibles pour les malades, obsédants pour le médecin et qui sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit communément aujourd'hui. Je veux parler ici des déviations du processus de la ponte ovulaire : hyperémie excessive due à la congestion active ou passive pouvant aller jusqu'à l'hémorragie folliculaire. J'envisage également les dégénérescences scléreuses de l'albuginée ovarienne qui motivent la ponte douloureuse, l'hypertrophie et l'hydropisie des ovisacs (microkystes de l'ovaire) les kystes sanguins, les hématomes volumineux de l'ovaire, la sclérose diffuse douloureuse aboutissant à l'atrophie précoce de l'organe.

Les mêmes causes pourront amener des catarrhes tubaires, des hydrosalpinx, des kystes tubo-ovariens trop souvent confondus avec les lésions nettement microbiennes.

Après avoir étudié ces diverses lésions nous en envisagerons les causes souvent fort obscures. Elles sont, en général, le lot des dégénérées, des arthritiques, des névropathes. Nous verrons enfin le traitement qu'il est rationnel de leur appliquer.

Avant de commencer ce travail c'est pour nous un devoir bien doux d'exprimer toute notre gratitude à ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux.

Et tout d'abord à notre maître, le D^r Doléris, de l'Académie de Médecine, qui non seulement nous a inspiré ce travail, mais a bien voulu nous aider à le mener à bonne fin et n'a jamais cessé de nous témoigner sa sympathie. Nous sommes heureux de lui dire ici toute notre reconnaissance en l'assurant de tout notre dévouement.

Au professeur Albarran pour son enseignement si dévoué et si bienveillant, au professeur agrégé Rieffel, au professeur agrégé Chauffard, au D^r Alex. Renault qui nous donnèrent au cours de nos études de nombreuses marques de sympathie.

Nous n'oublierons pas les nombreux gages d'amitié que ne nous a jamais ménagés le D^r Delaunay, chirurgien en chef de l'hôpital Péan, pendant les années d'internat que nous avons passées dans son service. Le D^r Robin-Massé fut pour nous un maître plein de sollicitude dont nous lui gardons une profonde gratitude.

Remercions enfin notre maître et ami, le D^r Ed. Lesné, médecin des hôpitaux, notre excellent ami, le D^r René Le Fur, ancien interne des hôpitaux, qui ne nous ménagèrent ni leurs encouragements ni leur sympathie.

Le professeur Pozzi a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, il sait combien nous lui en sommes reconnaissant.

H. R.

CHAPITRE PREMIER

Des troubles annexiels d'origine circulatoire Exsudats pelviens

La plupart des maladies génitales de la femme reconnaissent comme principale cause l'invasion microbienne, mais si l'on examine de près l'étiologie et l'évolution de quelques-unes d'entre elles, il en est pour lesquelles le processus infectieux ne peut être imputé et il faut bien leur chercher d'autres origines. Parmi celles-ci se trouvent au premier rang les troubles circulatoires (congestions) souvent accompagnés de modifications dans la nutrition, ce que l'on a appelé, *hypertrophie scléreuse* des ovaires, trompes et ovaires *scléro-kystiques*, hématomes de l'ovaire.

La congestion, pour les anciens gynécologues, jouait un rôle prépondérant dans la genèse de toute affection génitale de la femme ; elle aboutissait pour eux dans la plupart des cas à la suppuration ou aux tumeurs bénignes et malignes.

Récamier, le premier, eut une idée exacte des phénomènes congestifs qu'il compara aux poussées fluxionnaires hémorroïdales. Duparcque (1) avait bien décrit les engorgements hémorragiques, les engorgements mous, mais Aran devait, dans ses magistrales leçons de 1857, donner de la congestion du « système utérin » une description que l'on n'a fait que vérifier de nos jours sans y rien ajouter (2). « La congestion, écrivait-il, fait en quelque sorte partie intégrante des fonctions du système utéro-ovarien tellement que toutes les fois qu'elle ne dépasse pas un certain degré elle est en réalité un fait nécessaire et jusqu'à un certain point une condition de l'accomplissement régulier des fonctions de ce système et de l'ensemble de l'organisme. Mais que cette même congestion devienne morbide en s'exagérant ou en se prolongeant outre mesure, qu'elle rencontre des organes prédisposés et elle constitue alors une condition des plus fâcheuses, d'autant plus qu'elle se renouvelle d'une manière périodique et que à chacun de ces retours elle trouve un système mieux disposé à en recevoir et à en garder l'empreinte. » Et il ajoute : « Lorsque la congestion se prolonge longtemps elle entraîne dans les conditions matérielles de l'organe les changements inévitables que produit toujours l'*hyperhémie* dans les organes qui en sont le siège et en particulier l'hypertrophie

1. *Maladies de la matrice*. Paris, 1839.

2. Aran. *Leçons sur les maladies de l'utérus et annexes*. Paris, 1857, p. 340.

(*congestion hypertrophique*) ou bien encore la congestion peut conduire à l'hémorragie (congestion hémorragipare). » Il n'est pas douteux que ces phénomènes existent parfois seuls et en dehors de toute infection, mais le tort de ces cliniciens fut de voir dans tout trouble fonctionnel de l'appareil génital le résultat d'une fluxion sanguine. C'est alors que les merveilleuses découvertes de Pasteur et de ses élèves révolutionnèrent la gynécologie au double point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des affections génitales. Peu à peu on s'habitua à voir partout le microbe, à considérer toute annexite comme le résultat d'un processus infectieux. Si on ne trouvait pas le germe pathogène, c'est qu'il était mort, qu'il avait disparu, laissant comme trace de son passage des exsudats ou des adhérences.

M. Doléris fut le premier (1) à rappeler l'attention sur les anciennes notions congestives, non inflammatoires des organes pelviens et peu à peu son exemple fut suivi : à l'étranger : *Döderlein*, *Pfannenstiel*, *Winter*, *Treub*, émirent l'opinion qu'il pouvait y avoir des lésions hyperplastiques des organes pelviens qui ne sont pas d'origine inflammatoire mais purement trophiques. En France, *Pichevin*, *Petit*, *Dalché*, *Siredey*, *Richelot* étudièrent jusqu'à ces derniers temps les troubles physiologiques qui peuvent apparaître soit au moment de la puberté, soit

1. *Troubles physiolog. non inflammatoires de l'utérus. Nouv. Arch. Obst. et Gyn.*, 1893. *Brioude*, Thèse de Paris 1896.

à l'époque des menstruations, soit même dans l'intervalle des règles. Ces congestions peuvent avoir des causes variées qui toutes agissent sur l'appareil circulatoire et nerveux de l'utérus et des annexes pour déterminer des spasmes utérins ou annexiels qu'on a pu désigner sous le nom d'érectilité des organes génitaux femelles.

Physiologie de la congestion. — L'utérus est en effet un organe éminemment *érectile*, phénomène auquel participent d'ailleurs à des degrés divers la trompe et l'ovaire. Cette érectilité est due à la disposition des vaisseaux et des fibres musculaires communs à ces divers organes. L'étude de ces dispositions anatomiques a été autrefois mise en évidence par Rouget, dans ces dernières années poussée très loin par le Pr Farabeuf, Raineri, Fredet et Keiffer. Fredet ayant fait des radiographies d'injections mercurielles dans les vaisseaux afférents de l'utérus a montré la topographie macroscopique des terminaisons capillaires de l'artère utérine ; Keiffer étudia microscopiquement les terminaisons artérielles dans les tissus de l'utérus et aida ainsi à l'interprétation des hypothèses faites avant lui sur l'érectilité.

L'utérus est irrigué par deux seules artères, les utérines qui dépassent le territoire de l'utérus et donnent des branches à la moitié interne de la trompe et de l'ovaire, à la partie supérieure du vagin, etc.

Les spermatiques internes appelées à tort utéro-ovariennes se distribuent à la moitié externe de la trompe et de l'ovaire s'anastomosant richement à ce

niveau avec les branches de l'utérine. Le système artériel utérin est donc pour ainsi dire le même que celui des annexes, et l'on comprend facilement que les mouvements fluxionnaires ou les troubles de l'un se manifestent volontiers simultanément sur les autres.

Dans l'utérus humain, la complexité de la circulation vient de la disposition des masses musculaires à irriguer. Par suite de la fusion, au cours de la phylogénèse des cornes utérines longues et minces en un utérus médian unique, celui-ci représente dans sa masse piriforme et globuleuse la condensation enchevêtrée de tous les éléments qui sont ordonnés d'une manière régulière et systématique dans les utérus bicornes de la plupart des animaux et de l'organe humain primitif. Keiffer a montré que les vaisseaux et les veines étaient réunis par groupes ou bouquets le plus fréquemment composés de trois artères et de deux ou trois veines, répartis dans la trame musculo-conjonctive. Les artères ont une paroi très épaisse composée de deux couches musculaires et d'un endothélium entourés d'un tissu conjonctif lâche, sorte de gaine mince, qui enveloppe chaque artère et la sépare du milieu ambiant. Pour les veines elles n'ont plus de paroi musculaire propre ; celle-ci est remplacée par les fibres de l'utérus lui-même, qui fait pour ainsi dire corps avec elle, participant à ses mouvements et à ses contractions. Ces vaisseaux ont des formes hélicines très tortueuses. Ils sont réunis par des capillaires qui présentent une structure tout

à fait spéciale : ces capillaires présentent une simple paroi endothéliale douée d'une grande plasticité, c'est-à-dire capables au cours de la contraction et de la dilatation utérine, de s'épaissir en palissade ou de s'aplatir à l'extrême en véritable membrane endothéliale. Les capillaires apparaissent donc ainsi avec une forme variable subordonnée aux différentes phases de la vie utérine et forment un fin capillaire devenant une large fissure creusée dans les éléments musculaires ou conjonctifs.

Cette disposition spéciale des éléments vasculaires de l'utérus, l'adhérence aux faisceaux musculaires de ce système fissural qui semble faire partie intégrante du parenchyme utérin, nous oblige à considérer cet organe comme une hypertrophie locale colossale des parois vasculaires. Il répondra donc à la façon d'une artère aux influences nerveuses vasomotrices les plus délicates.

Mais ces particularités anatomiques peuvent se soutenir non seulement pour l'utérus mais aussi pour les annexes qui ont pour ainsi dire comme substratum la continuité des fibres musculaires des cornes utérines et comme vaisseaux ceux mêmes de cet organe.

De l'arcade anatomique des deux artères utérine et utéro-ovarienne longeant le hile de l'ovaire émanent dix à douze branches qui rentrent dans la zone médullaire de l'organe. Ces artères, ainsi que leurs ramifications, sont flexueuses, pelotonnées, enroulées en tire-bouchon (artères hélicines). A la limite

des zones médullaires et corticales elles émettent des branches qui fournissent des vaisseaux capillaires enlaçant d'une trame serrée follicules ovariens et corps jaunes. Les muscles qui côtoient ce système convergent vers le centre et entourent, formant pour ainsi dire partie de leur paroi, des veines flexueuses, pelotonnées dont l'ensemble, suivant l'expression du Pr Renaud, constitue un véritable *système caveux*. Comme dans l'utérus, ces fibres musculaires en se contractant opposent un obstacle à la circulation de retour et font de ce système caveux, un véritable système *érectile*.

On sait avec quelle intensité se dilate ou se contracte l'utérus sous l'action d'une excitation nerveuse psychique ou mécanique ; l'influx vaso-moteur périodique se manifeste sur lui comme sur une artère unique et ces mouvements sont transmis par le même mécanisme aux deux annexes. Ces contractions spasmodiques, ondulatoires peuvent devenir de plus en plus fréquentes et déterminer des *hyperémies*, causes des désordres que nous allons étudier. Si les fibres musculaires perdent pour une cause quelconque leur tonicité, les parois vasculaires seront de plus en plus distendues, l'utérus sera congestionné, dilaté, il y aura stase, dit Keiffer, ses parois n'auront plus la force d'entretenir le péristaltisme nécessaire au courant sanguin, et il faudra qu'une excitation artificielle thérapeutique intervienne pour vaincre la congestion passive.

On peut donc comparer l'utérus et les annexes

aux autres tissus érectiles connus : pendant la période génitale frigide, la circulation est réduite à la nutrition de ses éléments constitutifs : leur sensibilité et leur contractilité sont alors réduites au minimum ; mais survienne une excitation psychique, un trouble fonctionnel, l'utérus et les trompes deviennent d'un rouge foncé, leur température monte de quelques dixièmes de degré, ils augmentent de volume ; c'est en un mot une véritable érectilité.

Si pour les besoins de la description, on peut parler souvent de congestion tubaire, ovarique ou utérine, au point de vue de la physiologie pathologique, ces phénomènes sont intimement liés entre eux et on ne saurait concevoir autre chose qu'un complexe ovaro-tubo-utérin.

L'entité de la *congestion tubo-ovarienne* a été niée ou passée sous silence par nombre d'auteurs qui ont toujours voulu trouver un processus infectieux dans toute lésion annexielle accompagnée d'augmentation de volume de la trompe et de l'ovaire. Pour les anciens auteurs, avec *Andral*, congestion était synonyme d'hyperémie et était caractérisée par la réplétion exagérée des capillaires et des petits vaisseaux. Est-il un organe pour lequel cette conception soit plus vraie que pour l'utérus, la trompe et l'ovaire ? Quant au mécanisme intime des congestions organiques, il a été ainsi expliqué par *Vulpian* : « L'activité incessante des ganglions nerveux entretenue par le centre cérébro-spinal met en jeu d'une façon continue les nerfs constricteurs et détermine cet état

de constriction moyenne des vaisseaux qui constitue le tonus vasculaire. Quand les nerfs dilatateurs viennent à être excités, ils suspendent tant que dure l'excitation l'activité fonctionnelle des ganglions nerveux, paralysent par suite l'action tonique des vaso-constricteurs : le tonus vasculaire cesse et les vaisseaux, artères, capillaires et veines, se laissant distendre par le sang, il y a *congestion*. » (Vulpian).

Des récents travaux sur les innervations utéro-tubovariennes ont montré combien l'opinion de Vulpian était fondée ; on a décrit par le menu les terminaisons nerveuses dans les fibres musculaires par de petites plaques nerveuses, véritables *ganglions* qui agissent comme centres propres de ces organes et président à leurs contractions comme à leurs mouvements et partant à leur congestion (Clivio).

Comme tout organe vascularisé, l'utérus peut donc se congestionner : ce trouble peut être dû à une cause circulatoire générale, trouble passif provenant de l'affaiblissement de l'impulsion centrale (utérus cardiaque), d'un obstacle de la circulation périphérique, hypostase des utérus rétro-déviés, dilatation variqueuse des veines du bassin, gêne mécanique apportée au cours du sang par une tumeur, congestion secondaire ou passive.

A côté de celle-ci, il existe une congestion primitive que nos vieux gynécologues connaissaient bien : Huguier en faisait une des phases de la métrite chronique. Guéneau de Mussy, Martineau, Storck, Récamier, Scanzoni, de Sinéty ont donné de très belles

descriptions des « mollities uteri », de l'engorgement utérin, des fluxions diasthésiques. S'il y a quelques erreurs d'interprétation, le tableau clinique n'en a pas moins conservé toute sa vérité.

Que la congestion favorise l'infection des organes génitaux, ce n'est pas douteux, mais suivant la comparaison si ingénieuse de M. Doléris, la congestion utérine et nous pouvons dire la congestion annexielle n'est pas plus la métrite, n'est pas plus l'annexite, que la congestion pulmonaire n'est la pneumonie. Pour que cette dernière soit constituée il faut un fait nouveau, le microbe.

Congestions primitives des organes pelviens. Congestions de la puberté. — Cette congestion utéro-annexielle apparaît physiologiquement chaque mois pendant la période d'activité sexuelle de la femme : cette période commence ordinairement vers quatorze ans et demi pour finir de quarante-cinq à cinquante ans. Depuis fort longtemps on a étudié le mécanisme des premières règles de la jeune fille et les phénomènes qui peuvent apparaître au moment de la puberté. « Tous les organes sexuels, dit Barnes (1), participent au processus congestif ; les trompes s'hypertrophient d'une manière notable, semblent s'allonger tout en restant flexueuses ; toutes les couches constituant de l'organe s'épaississent et leur canal renferme parfois du sang. » Les ligaments larges, dit Richet, semblent bosselés,

1. *Traité clinique des maladies des femmes*, 1876.

saillants par places, les plexus veineux sont congestionnés. « L'ovaire, dit M^{lle} Francillon, semble être d'une sensibilité spéciale qui peut aller jusqu'à la douleur, Liphay (1) a observé une femme n'ayant pas d'utérus mais une double ectopie ovarienne ; à l'époque des règles, les ovaires donnaient une sensation particulière, douloureuse et voluptueuse tout à la fois. Balley (thèse 1854, p. 28) cite des cas du même genre. Enfin Scanzoni (2) a rencontré chez une femme un ovaire et l'utérus douloureux au toucher à chaque époque menstruelle dans un cas de hernie inguinale contenant ces organes.

A chaque époque menstruelle, le follicule de Graaf se rompt sous la poussée et la turgescence des vaisseaux du bulbe de l'ovaire, et l'ovule est mise en liberté : Cette ponte périodique s'effectue chez certaines femmes dans de telles conditions, qu'elle devient douloureuse et les causes de ces troubles de l'évolution sont complexes et confuses.

Lawson-Tait (3) l'attribuait chez la jeune fille « à ce que l'ovaire est encore dans son état infantile ou incomplètement développé, c'est-à-dire alors qu'il forme des cellules incomplètes dont les noyaux sont incapables de remplir complètement leurs grandes

1. Liphay *Oesterr. Zeitsschr f. prakt-Heilkunde*, 14 août 1857, p. 61.

2. Scanzoni. *Beitrage*, 1871, cité par Barnes.

3. *Traité des maladies des ovaires*, traduit par A. Olivier, 1886.

fonctions, et que le mécanisme tout entier de l'évolution est au repos ».

Mais ce n'est là qu'un phénomène passager : Charles Robin (2) et après lui, Paul Dalché (1) ont signalé des corps jaunes profondément situés dans le parenchyme ovarien, qui en raison de leur éloignement devaient déchirer une large surface corticale de l'ovaire, pour produire leur déhiscence. Dans ce cas, chaque ponte donne lieu à une petite hémorragie qui ne peut être cueillie avec l'ovule par le pavillon de la trompe et se répand dans le péritoine. Généralisant ce phénomène, Laugier et Gallard faisaient de l'hémorragie ovarique le point de départ de l'hématocèle péri-utérine. Ce sang peut se résorber, absorbé par le péritoine et ne laisser que des traces à peine perceptibles ; il peut aussi former des caillots qui s'organisent et sont alors autant de tractus fibreux allant de l'ovaire au péritoine.

Sappey avait signalé des traces de pontes ovulaires dans le péritoine péri-ovarien, des vestiges de taches hématiques avec de petits tractus fibreux plus ou moins épais et longs partant de leur niveau pour aller aboutir à des dépressions cicatricielles de l'ovaire qui correspondaient à la déhiscence d'un ovisac.

Il nous semble difficile d'admettre qu'il y ait là un agent pathogène en jeu. Le sang comme la lymphe semblent avoir dans certaines circonstances une

1. Ch. Robin. Société de Biologie, 27 déc. 1856.

2. Dalché et A. Robin. *Maladies des femmes*.

action excitatrice puissante sur le péritoine. DÆDERLEIN (1) a, le premier, signalé ce fait en publiant des cas de kystes séreux du péritoine qui pour lui étaient le résultat d'exsudats sanguins intra-péritonéaux. C'est également là l'opinion de MARTIN (de Greifswald) qui écrivait récemment à ce sujet (2) : « Chez certaines jeunes femmes et jeunes filles entre quinze et vingt-cinq ans dont le développement s'est passé sans troubles, nous trouvons des épaisissements très développés du péritoine, des adhérences et des soudures des organes, surtout des ostium tubaires quand on a occasion d'ouvrir le ventre pour une autre cause. Autrefois on était tenté de prendre ces transformations pour des formes résiduales de gonorrhée ; aujourd'hui il n'est plus possible de trouver quelque chose sur quoi appuyer ces affirmations. J'ai pensé qu'on pouvait peut-être voir là l'effet tardif de la masturbation dans la première enfance ; en général ce sont des faits obscurs très difficiles à expliquer. Les quelques faits cliniques et opératoires que nous avons pu constater nous laissent penser que ce sont là des lésions très fréquentes, peu douloureuses pour lesquelles on ne vient pas nous consulter. »

Les adhérences qui résultent de ces réactions inflammatoires non septiques fixent l'ovaire en position vicieuse et déterminent d'autres pontes anormales,

1. Sarvoy. *Zen tabl. f. Gyanakologie*, 1898, p. 16.

2. *Des affections du tissu conjonctif du bassin*, Martin 1906 (trad. personnelle).

hémorragiques provoquant des douleurs et de nouvelles réactions péritonéales. Dans plusieurs cas Martin a trouvé le péritoine congestionné violemment et jusqu'à être violacé, dit-il, comme dans les cas de hernie étranglée, avec des couches très épaisses de fausses membranes fibreuses qui soudaient entre eux tous les organes. Ces adhérences présentent parfois des nodosités et comme de petits tubercules. Elles se limitent toujours à un territoire très réduit du petit bassin et se propagent très rarement à l'intestin et au rectum, comme on le rencontre ordinairement dans les infections péritonéales.

Les congestions prolongées et les scléroses du parenchyme ovarien peuvent également amener des anfarctus, sortes de vrais petits anévrysmes, véritable hématocele ovarienne qui peut rompre la paroi corticale de l'ovaire, elle-même souvent sclérosée, et donner dans le péritoine des collections sanguines de plus ou moins grande importance, qui peuvent même aller jusqu'à l'inondation péritonéale. Rebière et Doyen (1) ont cité un cas d'inondation péritonéale chez une jeune fille de dix-huit ans que l'on dut opérer d'urgence. La jeune fille étant vierge, il ne pouvait pas être question de grossesse extra-utérine. Mauraige (*Annales de Gynécologie*, juillet 1893) a publié l'observation d'une malade atteinte de troubles utéro-annexiels depuis plus d'une année et qui fut prise

1. E. Doyen. *Traitement des suppurations pelviennes*, p. 24.

brusquement de phénomènes de pelvi-péritonite avec état syncopal. A la laparotomie, dit-il, je trouvai un foyer hémorragique dans le cul-de-sac de Douglas. L'ovaire droit était transformé en kyste et l'un d'eux gros comme un œuf de pigeon avait été le siège d'une véritable apoplexie et s'était rompu, occasionnant une hématocele rétro-latéro-utérine (1).

Bürger (2) cite une observation analogue avec examen histologique d'un kyste folliculaire rompu secondairement dans la cavité abdominale et ayant donné lieu à une hémorragie brusque dans le péritoine.

Bender et Marcille (*Tribune médicale*, août 1904) en rapportent un cas fort intéressant et nous en avons nous-même constaté plusieurs cas (V. Obs.).

Entre l'hémorragie intra-ovarienne et l'inondation péritonéale, on peut concevoir tous les degrés d'épanchement dans le petit bassin. Une partie de ce sang peut se résorber et disparaître, mais si l'hémorragie est de quelque abondance, le caillot séjournera dans le petit bassin, entourant les annexes ou les franges tubaires, il s'organisera, et on verra se former des adhérences.

Ces adhérences sont constituées par un tissu fibreux recouvert d'un endothélium qui fait suite à celui du feuillet péritonéal et présente des dilatactions, véritables lacs comblés par le sang. C'est du

1. *Annales de Gynéc.*, 1877.

2. « Hémorragie dans un kyste fol. avec rupt. second. et inond. péritonéale. » *Cent. f. gynæc.*, 1903, cité par Pozzi.

moins ce que nous avons expérimentalement constaté chez les lapines.

Expériences. — Partant de ce principe que le sang épanché, provenant d'une hémorragie tubaire ou ovarienne est le principe initial des adhérences aseptiques du bassin, des lésions vasculaires ont été pratiquées par piqûre souvent large d'un vaisseau annexiel important.

Pour le dire de suite, jamais il n'a été relevé la moindre trace d'infection péritonéale.

La culture des liquides exsudés a été rigoureusement faite pour bien établir ce point indispensable à la valeur de l'expérience.

Une seule fois, dans l'expérience I, l'hémorragie a été provoquée dans l'épaisseur du ligament large, dans le but de voir comment se comporterait un hématome interstitiel aseptique ; mais la résorption du sang s'est opérée spontanément dans un délai très rapide.

Dans les six expériences suivantes, une seule fois (exp. 3), le résultat a été négatif faute d'avoir lésé un vaisseau assez important, car l'épanchement sanguin intra-péritonéal, quoique dûment constaté au cours de l'expérience, avait disparu par résorption constatée au bout de huit jours.

EXPÉRIENCE I. — 3 mai 1906. — Hémorragie interstitielle dans l'épaisseur du ligament large droit d'une lapine. Avec une aiguille on perfore une petite branche de l'utéro-ovarienne que l'on laisse saigner dans le ligament large.

Au moment où nous refermons le ventre, le caillot présente le volume d'une aveline.

A l'autopsie (14 mai), pas trace d'infection. Aucun résultat, aucune adhérence. Le ligament large droit paraît absolument identique au ligament large gauche. Après avoir enlevé les organes génitaux en masse, nous examinons par transparence les deux ligaments larges qui semblent absolument sains tous les deux. Les pièces sont conservées.

EXPÉRIENCE 2. — Durée 12 jours. Opération du 3 juillet 1906. — Hémorragie à la partie supérieure du ligament large droit, le sang coulant au dehors dans le bassin.

Le ventre est refermé sans éponger ni suturer l'artère.

L'animal est sacrifié le 15 juillet 1906. La lapine paraît amaigrie et se déplace difficilement. Elle a continué à manger sans avoir de fièvre.

A la laparotomie les organes paraissent sains. Toutefois à la partie moyenne de la trompe on voit une flexuosité de celle-ci due à des adhérences qui se présentent sous l'aspect de petites cordes très tendues et faisant saillie sur le péritoine ; ces cordes fibreuses vont de la trompe à l'Siliaque, semblent ainsi attirer à elle la trompe qui a pris une forme très sinueuse, en comparant avec la trompe du côté opposé qui, elle, au contraire monte régulièrement et directement vers l'ovaire.

Il n'y a pas trace d'infection, un liquide clair et très fluide s'est échappé du péritoine quand on l'a ouvert, la cicatrice était souple et régulière.

EXPÉRIENCE 3. — Mercredi 4 juillet. — Hémorragie dans la cavité pelvienne gauche ; on n'éponge pas le sang qui se répand en nappe dans le petit bassin.

Mercredi 11 juillet (8^e jour). — On sacrifie la lapine. Pas

la moindre trace d'infection, la suture est indemne. A l'ouverture de la cavité péritonéale pas de liquide, pas d'adhérences, pas trace de l'hémorragie faite dans l'excavation pelvienne la semaine précédente. Trompes, ovaires, ligaments larges absolument normaux. Pas la moindre lésion.

EXPÉRIENCE 4. — Durée 17 jours. — Opération le 4 juillet 1906. — Hémorragie dans la cavité pelvienne, en outre, un petit vaisseau du ligament large droit et on laisse saigner. On referme le ventre sans éponger le sang qui se répand dans le petit bassin.



Fig. 1

A. Bride adhérencielle ayant déformé la corne utérine droite.
Le vagin V, a été relevé pour faire ressortir la bride adhérencielle.
U. D. Utérus droit, U. S. Utérus gauche.

On sacrifie la lapine le 21 juillet. Laparotomie. Pas de liquide dans la cavité péritonéale. L'état général de la lapine a été toujours très bon depuis son opération.

L'utérus droit présente au niveau de sa face postérieure une bride fibreuse, épaisse et très résistante qui va du niveau de l'insertion vaginale sur les deux cols utérins au corps de la corne utérine et rétracte ainsi la longueur de l'utérus (Fig. n° 1).

EXPÉRIENCE 5. — Durée 13 jours. — Opération le 12 juillet 1906. — Hémorragie dans le petit bassin, le vaisseau ouvert étant assez gros et saignant abondamment, on met une ligature.

Autopsie le 25 juillet. — On trouve à la laparotomie les utérus et les annexes en place non déformés. Dans le petit bassin et semblant faire partie du ligament large on sent une petite masse de la grosseur d'une petite noisette, qui à la coupe paraît en partie fibreuse, en partie caséuse, et renfermant un liquide clair citrin épais. Ce liquide prélevé avec une pipette et trois tubes ayant étéensemencés, n'ont donné aucune culture. Il y a donc lieu de croire qu'il ne s'agissait pas là d'une affaire infectieuse, mais probablement d'un cailletot en voie d'organisation.

(Pièce malheureusement égarée au laboratoire).

EXPÉRIENCE 6. — Durée 33 jours. — Opération le 15 octobre 1906. — Hémorragie dans la partie inférieure du ligament large gauche. On n'éponge pas le sang qui se répand en nappe dans le petit bassin.

On sacrifie la lapine le 8 novembre 1906. Rien du côté de la cicatrice qui est rectiligne, recouverte de poils et souple dans toute sa longueur.

On trouve un peu de liquide très clair, très fluide à l'ouverture du péritoine. On voit à l'examen la partie antérieure des deux cornes utérines et du vagin réunie à la vessie par

branche de l'utéro-ovaricune. On remet les annexes en place et on suture la paroi.

Pas de température. Réunion par première intention.

Sacrifiée le 26 janvier 1907. La cicatrice ne présente aucune nodosité, elle est souple et à peu près disparue. La lapine semble en parfaite santé, elle n'est pas amaigrie.

Laparotomie. Pas de liquide dans le péritoine. A l'examen on voit sur la face antérieure les deux cornes utérines à leur naissance réunies par une bride adhérentielle solide, allant d'une corne utérine à l'autre et formant un pont entre elles deux (fig. 2).

De ces expériences on peut conclure que de simples exsudats hémorragiques, aseptiques suffisent à engendrer des adhérences durables, solides qui dévient les organes, les peuvent agglutiner entre eux, les entraîner en une situation ectopique et troubler profondément par suite leur fonctionnement.

Assurément la conformation anatomique diffère assez, des animaux sur lesquels nous avons expérimenté, à la femme que nous ne pouvons, sur le dernier point des troubles fonctionnels, que conclure par raisonnement.

Mais cette condition même est de nature, non pas à diminuer, mais à aggraver les conséquences des lésions au point de vue des troubles fonctionnels. La souplesse, la longueur, la déclivité relative des annexes chez la femme, les exposent, en cas d'exsudats adhésifs, à être à coup sûr déplacés, comprimés, déviés et mis hors d'état de fonctionner régulière-

ment, qu'il s'agisse de la menstruation, ou qu'il s'agisse de la gestation.

Congestions intermenstruelles. — On a enfin décrit (1) des poussées congestives intermenstruelles chez des femmes n'ayant pas d'antécédents gynécologiques et dont les organes génitaux paraissent sains.

Bouilly a bien décrit l'état de ces femmes qui se présentent à nous avec des douleurs plus ou moins vives qui surviennent en général dix ou douze jours après les règles, qui ont été normales et sans douleurs. Elles sont quelquefois atteintes d'un écoulement aqueux, véritable hydrorrhée plus ou moins abondante. La douleur unilatérale est sourde, continue, occupe la région ovarienne très différente de la névralgie lombo-abdominale et des névralgies hystériques. Jamais, dit Bouilly, je n'ai observé ces crises chez des malades atteintes de grosses lésions ansexuelles néoplasiques ou infectieuses. Ces symptômes apparaissent le plus souvent chez des femmes jeunes gravitant autour de trente ans et qui toutes sont nerveuses, impressionnables, hyperesthésiques, stériles souvent et possédées de l'ardent désir de maternité et portées sans doute à de nombreux efforts pour sa réalisation. La trompe est toujours normale, et le véritable organe en jeu est ici l'ovaire. Si on opère ces malades, on trouve l'ovaire atteint de dégénérescence scléreuse, petit et dur, souvent prolabé et adhérent. On ne peut ici encore rien invoquer d'in-

1. G. Bouilly, *Semaine Gynéc.*, 1897, p. 362.

fectieux et force nous est d'accepter comme pathogénie de ces troubles, l'idée d'une poussée congestive intermenstruelle se passant du côté de l'ovaire, s'y traduisant par de la douleur et modifiant la circulation de la trompe et de l'utérus au point d'y provoquer une sécrétion tantôt muqueuse, tantôt sanguine, tantôt hydropérique. De ce côté, comme dit Bouilly, il se produit une fausse menstruation ou menstruation intercalaire. Comme l'a fait remarquer Keiffer (de Berlin) cette poussée congestive intermenstruelle semble pouvoir exercer son influence à distance en dehors de la zone génitale. On a décrit chez les tuberculeuses, par exemple, une aggravation des symptômes pulmonaires douze à quatorze jours après les règles et parfois une véritable hémoptysie alors même que les règles étaient venues en temps et en quantité ordinaires. Ces troubles peuvent disparaître vers l'âge de quarante ans et ne se voient jamais après la ménopause, raison qui vient encore s'ajouter aux autres pour nous faire conclure à des troubles ovariens d'origine congestive.

CHAPITRE II

Congestions et exsudats tubaires **Hémosalpinx. — Hydrosalpinx mécanique** **Kystes tubo-ovariens**

Hémosalpinx. — La trompe située entre l'organe de la neutralisation et celui de l'ovulation participe également à ces deux processus physiologiques et prend part aux phénomènes congestifs qui les accompagnent. Cette question est depuis fort longtemps discutée : Winckel, Léopold et d'autres auteurs ont montré que, durant les règles, la trompe est congestionnée, que dans son tissu même on peut trouver des petits extravasats sanguins sous-muqueux avec soulèvement et rupture de l'épithélium et une exagération de la sécrétion normale. On peut donc constater en tout petit les phénomènes qui normalement se déroulent au niveau de la muqueuse utérine durant les règles, et cependant on n'a jamais pu, ainsi que le prétendait Lawson-Tait observer de véritable hémorragie de la trompe saine analogue

à l'hémorragie utérine. M. Thorn a même pu (1) pour savoir si les trompes renfermaient du sang au moment des règles, faire des laparotomies chez des femmes au moment de la période menstruelle. Au cours de ces laparotomies, il n'a jamais pu faire apparaître à l'orifice tubaire un liquide ressemblant au sang des règles.

A défaut de menstruations vraies, il n'en est pas moins établi qu'au moment des règles la trompe présente de petites hémorragies sous-muqueuses, et quand l'épithélium se soulève, il y a des épanchements sanguins dans la cavité tubaire. Dans certaines conditions pathologiques, ces hémorragies peuvent s'exagérer au point de paraître être des hémorragies régulières, périodiques ou complémentaires.

Bernutz (2) donnait comme cause de certains hémossalpinx la rétention menstruelle et le reflux sanguin vers la trompe.

Dans un cas d'utérus inversé, Chapin-Minaret a vu du sang s'écouler hors de l'orifice tubaire alors que la muqueuse utérine ne saignait pas.

On a également signalé, dans les gynatrésies, et ceci confirmerait l'opinion de Bernutz, un hématosalpinx résultant du reflux du sang de l'utérus vers la trompe. Mais, parfois, comme l'ont montré Landau et Rheinstein, c'est de la trompe elle-même que vient le sang.

1. W. Thorn « De la menstruation tubaire ». *Centralblatt für Gynäkologie*, 13 août 1903.

2. *Clinique des maladies des femmes* (Bernutz, 1860).

L'augmentation périodique de la tumeur et l'examen histologique des différentes couches, en particulier de la muqueuse prouvent que l'hémorragie revêt dans ces cas le type et le caractère des règles, ce qui n'exclut pas cependant la possibilité d'hémorragies de la trompe intercalaires.

Enfin Hofmeier a publié, le premier, le cas d'une femme atteinte de grossesse extra-utérine à qui Schrøder avait suturé la poche ovulaire à la paroi abdominale. A chaque période on voyait sortir du sang par la cicatrice, à laquelle aboutissait la trompe gauche. D'autres cas, semblables ont été publiés par Thomion, Hæckel, V. Herff, W. Thorn.

La muqueuse de la trompe peut donc saigner comme toutes les muqueuses, car, comme le disait Cruveilhier, « l'hémorragie est l'attribut, l'apanage morbide des membranes muqueuses ». Dans un grand nombre de cas, ces hémorragies sont le résultat d'une inflammation ascendante ; mais il faut bien admettre que dans certains cas l'hyperémie des trompes, comme l'a démontré Puech, simple ou avec extravasion sanguine, accompagne une congestion chronique des ovaires. C'est un même processus qui donne l'hyperémie utérine, tubaire et ovarienne. Si le sang extravasé dans la cavité des trompes s'y trouve en petite quantité, il pourra disparaître sans laisser de traces, soit en se déversant dans l'utérus ou plutôt dans l'abdomen : « Il n'est pas douteux, dit le *Pr* Pozzi, que les trompes au moment des règles ne soient le siège d'une exhalaison sanguine analogue

à celle de l'utérus. Bien des désordres observés à cette période sous l'influence perturbatrice d'une fatigue, d'un effort, d'un refroidissement sont vraisemblablement causés par l'effusion d'une petite quantité de sang dans le péritoine où il se résorbe rapidement. » Si la quantité de sang est notablement augmentée elle donnera un caillot intra-péritonéal qui s'organisera et nous aurons les adhérences pelviennes dont nous avons parlé dans le précédent chapitre, avec toutes leurs conséquences. Dans ce caillot pourront être enserrées les franges tubaires, qui, elles-mêmes, ont participé au processus congestif et une partie du sang pourra rester dans la trompe désormais devenue une cavité close, l'hématosalpinx sera constitué.

Et dans ce processus il est certainement des cas où l'infection ne joue aucun rôle : on se trouve en présence d'un spasme paralytique. « Tout est ici analogue, dit M. Doléris, à ce qui se passe dans les phénomènes de vaso-dilatation de la face, si bien étudiés par Claude Bernard et essentiellement caractérisés par une rougeur intense. » Il y a là une influence directe de l'élément nerveux sur le grand sympathique et, par son intermédiaire, sur les petits vaisseaux de la trompe, bien différente de ce que croyait Lawson-Tait ; son erreur provenait de qu'il avait chez ses opérées trouvé la trompe plus ou moins remplie de sang et qu'il considérait comme physiologique un phénomène qui n'était que la conséquence directe d'une maladie.

Hydrosalpinx mécanique. — A côté des collections hématiques de la trompe, il faut placer les collections séreuses, ou hydrosalpinx, dont la pathogénie est encore très obscure et très discutée. Cette affection se présente généralement à nous sous l'aspect d'un liquide clair citrin ou légèrement louche distendant les parois de la trompe et en communication ou non avec l'ovaire qui peut lui-même avoir subi une dégénérescence kystique. Quelle est la pathogénie de ces lésions? Pour les uns elle est toujours le résultat de l'infection, et dans un grand nombre de cas, en effet, on trouve dans l'histoire de ces malades ou dans les lésions concomitantes le sceau révélateur d'une invasion gonococcique ou streptococcique. Mais lorsque l'utérus est indemne, lorsque les ovaires sont sains ou simplement atteints de dégénérescence kystique, quand d'autre part on a affaire à des femmes bien portantes, n'ayant jamais eu de phénomènes fébriles, jamais aucun des gros symptômes qui caractérisent le processus infectieux, faut-il admettre là une vague infection saprophytique ou autre? N'est-il pas plus naturel de chercher une cause physiologique indépendante de tout germe infectieux? Comme le fait justement remarquer Pompe van Meerdenvoort (de La Haye) on se trouve parfois en présence d'une trompe transformée en une tumeur cylindrique munie d'une paroi mince comme du papier, ne présentant que peu ou point d'adhérences avec les organes environnants, le ligament large étant complètement transparent. Ne peut-

on expliquer ces faits autrement que par l'intervention d'un microbe ?

Pour qu'il y ait hydrosalpinx il faut deux conditions : d'abord l'oblitération de la trompe et la production d'un liquide séreux. Quand l'hydrosalpinx est le résultat d'une inflammation microbienne, catarrhe utérin qui s'est propagé aux annexes, l'agent qui a irrité la muqueuse oblitérera également l'orifice abdominal, mais on aura alors une modification plus ou moins importante (épaississement, sclérose) dans la paroi tubaire ou dans les tissus avoisinants (adhérences). Nous sommes ainsi amené à nous demander s'il est possible qu'une trompe s'oblitère et soit distendue par un liquide séreux en dehors de l'inflammation catarrhale.

A l'état physiologique la muqueuse tubaire est humidifiée comme celle de l'utérus, par un liquide séreux qui lubrifie ce conduit. Il n'est pas douteux que ce liquide est plus abondant chez certaines femmes. Cette augmentation de la sécrétion tubaire peut être le résultat d'une déviation utérine ou d'une tumeur utérine, ou d'un ovaire prolabé ; toutes causes qui amènent une véritable hyperémie vasculaire dans les annexes.

Cette hyperémie est normale au moment des menstruations, et il est certain que si la trompe ne participe pas à proprement parler à l'hémorragie menstruelle, il existe à ce moment un excès de sécrétion, une imbibition séreuse qui doit trouver son rôle dans la migration de l'ovule et dans la fécondation.

Veit avait déjà signalé dans une trompe non gravidique d'une grossesse extra-utérine la présence d'un hydrosalpinx assez volumineux. On a depuis souvent constaté la production exagérée de mucus tubaire dans l'intervalle des menstruations, et on l'a remarqué de préférence à l'aurore et au déclin de la vie génitale chez la jeune fille, et à l'âge où la femme approche de la ménopause. Ce liquide ainsi que nous l'avons constaté expérimentalement chez les lapines, est expulsé par les contractions des fibres musculaires de la trompe vers le péritoine où il est la plupart du temps très vite résorbé. Martin rapporte des cas d'adhérences assez fortes soudant ensemble les annexes qu'il a trouvées incidemment à la laparotomie chez des jeunes filles de quinze à vingt-cinq ans, chez lesquelles le développement s'était effectué jusqu'alors sans troubles graves. Il signale surtout la soudure des ostium tubaires et se demande si ces adhérences ne seraient pas le résultat des exsudats tubaires que l'on ne peut cependant pas considérer comme toxiques, les jeunes filles dont il cite le cas n'ayant jamais présenté les moindres infections génitales. N'est-il pas possible d'admettre que le mucus tubaire agit là comme un simple excitant chimique, à la manière des myomes ou des tumeurs solides qui, par le frottement, se créent des adhérences.

En 1894, M. Hartmann (Soc. d'Obst. et Gyn.) disait : « Dans tous les cas de salpingites catarrhales ou parenchymateuses et d'hydrosalpingites que nous avons examinées, tant au point de vue microscopique

qu'en recourant à la méthode des cultures, nous n'avons pas trouvé de micro-organismes. Dans trois cas d'hémosalpinx et même dans deux hématocèles rétro-utérines l'ensemencement d'une grande quantité de sang n'a donné lieu à aucune culture. »

C'est également le résultat que nous a donné l'expérimentation sur les lapines. Dans ces cas d'ailleurs, la muqueuse est déplissée, les parois tubaires sont amincies, transparentes ; l'épithélium est aplati, mais non altéré. Les fibres musculaires sont dissociées ou disparues. Cet aspect est très différent des parois épaissies, parenchymateuses, adhérentes, des lésions infectieuses.

L'oblitération de l'orifice externe de la trompe, outre qu'il peut se faire mécaniquement par coudure de celle-ci, peut aussi s'effectuer par une rétraction des franges du pavillon se repliant sur elle-même. Puis leurs surfaces péritonéales plus ou moins dénudées s'accolent et adhèrent entre elles formant des figures variées (fleur de marguerite du Pr Pozzi).

Le Pr Cornil et Pilliet ont décrit ces franges hypertrophiées par la congestion des capillaires qui se trouvent dans leurs parois : ces fimbriæ énormes s'accolent pour ainsi dire l'un à l'autre et rendent capillaire l'orifice externe de la trompe. Qu'un processus exsudatif vienne se joindre à cette congestion et les franges seront pour ainsi dire lutées entre elles. L'épithélium tombe peu à peu laisse des surfaces dénudées qui s'accolent définitivement en

emprisonnant les sécrétions tubaires qui normalement seraient allées dans le péritoine où elles auraient été résorbées.

C'est une explication analogue que donne P. Van Meerdenvoort, dans une observation que nous reproduisons (Cf. obs.) « Sous l'action du flux muqueux de la trompe, dit-il, il peut se produire des desquamations de l'épithélium, phénomène que l'on constate souvent dans les parois de la trompe devenue kystique. Les deux couches conjonctives se trouvant en présence s'accolent l'une à l'autre et la trompe est oblitérée. »

Enfin l'oblitération de l'orifice externe de la trompe peut se faire mécaniquement par inclusion des fimbriæ dans un caillot qui s'organise, devient fibrineux et forme des adhérences, suivant le processus que nous avons étudié dans le chapitre précédent.

Nous avons fait sur les lapines trois séries d'expériences pour obtenir des hydrosalpinx mécaniques par rétention :

- 1° Ligature de la trompe au niveau des fimbriæ ;
- 2° Ligature de la trompe au niveau de la corne utérine ;
- 3° Inclusion entre deux ligatures d'un segment tubaire.

Ligatures de la trompe au niveau des fimbriæ

EXPÉRIENCE I. — 15 mars 1906. — Ligature de la trompe au niveau de son pavillon. Cette ligature est faite à la soie très

fine avec une petite aiguille, et on évite avec soin de prendre les gros vaisseaux dans la ligature et de laisser du sang dans le péritoine.

28 mars 1906. — On sacrifie la lapine. A la laparotomie pas le moindre exsudat : pas de fausses membranes ni d'adhérences. La trompe présente, dans ses deux tiers externes, une dilatation progressive qui a son maximum au niveau de la ligature placée immédiatement en dedans des franges du pavillon. Ces franges sont agglutinées par des adhérences nombreuses et paraissent former une masse unique. Dans sa partie la plus dilatée, la trompe présente un volume cinq à six fois plus considérable que celui de la trompe opposée

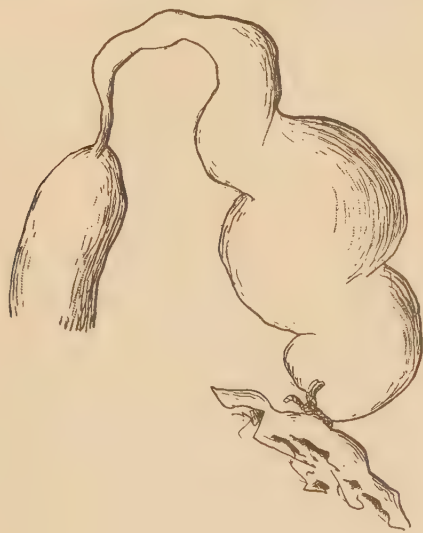


Fig. 1

Hydrosalpinx obtenu par ligature à la soie placée au niveau des fimbriæ, restée normale. Cet hydrosalpinx contient un liquide clair citrin. Desséché sur lame et coloré, il ne présente que quelques débris cellulaires (épithélium déformés). Pas trace de

microorganisme. Injecté dans le péritoine d'un cobaye, il ne donne aucune réaction et l'animal sacrifié six jours après, ne présente aucune lésion (Fig. 1).

EXPÉRIENCE 2. — 2 avril 1906. — Ligature du pavillon de la trompe gauche en dedans des fimbriæ. Asepsie la plus parfaite possible. Pas de lésion vasculaire.

9 avril 1906. — On sacrifie la lapine. A la laparotomie il sort un liquide péritonéal très limpide. L'utérus paraît congestionné surtout du côté gauche. Trompe droite normale ; la trompe gauche, triplée de volume, est dilatée en boudin à son extrémité, et à la ponction on retire un liquide clair comme de l'eau très pure qui se vide en deux fois (le kyste paraît donc cloisonné).

EXPÉRIENCE 3. — 10 avril 1906. — Ligature de la trompe gauche à 1 centimètre environ de son pavillon. Ligature à la soie fine. Pas d'hémorragie. Le nœud est serré à fond et intéresse seulement la trompe laissant les vaisseaux en dehors.

5 mai 1906. — On sacrifie la lapine qui présente une énorme dilatation de la trompe gauche, au niveau de son extrémité externe. Cette dilatation commencée, deux centimètres après la corne utérine se renfle en boudin, pour avoir son maximum au niveau du pavillon de la trompe. Elle est sinueuse, recouverte de veines dilatées et abondantes et les sinuosités sont reliées entre elles par un tissu cellulaire dense, que l'on peut détacher facilement.

On ponctionne la trompe et on recueille un liquide clair comme de l'eau de roche mais de consistance épaisse, légèrement sirupeux.

Inclusion d'un segment de trompe entre deux ligatures

EXPÉRIENCE I. — 2 mai 1906. — Inclusion entre deux ligatures d'un segment moyen de la trompe gauche (4 cent. environ).



Fig. 2

Inclusion entre deux ligatures d'un segment tubaire.

1 et 3. — Ligature

2. — Hydrosalpinx entre les deux ligatures

4. — Trompe témoin saine

Les ligatures sont faites à la soie fine avec toutes les pré-

cautions antiseptiques nécessaires. Suture de la paroi en deux plans. Pansement collodionné.

15 mai. — On sacrifie la lapine qui n'a présenté aucun trouble apparent depuis l'opération : pas de fièvre ; elle continue à manger comme par le passé.

Pas trace d'infection ni dans la cicatrice, ni dans la cavité péritonéale. Pas d'adhérences ni de fausses membranes. Le segment tubaire inclus entre deux ligatures est considérablement dilaté : il est renflé en un sac sinueux allant en grossissant à mesure que l'on se rapproche de la ligature voisine du pavillon de la trompe. Cette dilatation est sinueuse, les sinuosités étant réunies entre elles par des adhérences solides qui recouvrent le tout pour en former une masse unique.

On ponctionne ce kyste et l'on a un liquide clair citrin, qui sur une préparation desséchée et colorée renferme quelques leucocytes et quelques débris épithéliaux sans la moindre trace de microorganisme.

Injecté sous le péritoine d'un cobaye il ne donne aucune réaction et l'animal sacrifié quatre jours plus tard est absolument sain (fig. 2).

EXPÉRIENCE 2. — 2 juin 1906. — Laparotomie. Double ligature de la trompe : la première à 3 centimètres environ de la corne utérine, la seconde près du pavillon.

La lapine étant vierge, les organes génitaux sont assez grêles. Pas d'hémorragie à la ligature ; on referme le ventre avec soin.

5 juillet 1906. — On sacrifie la lapine : on trouve une trompe présentant en avant de la première ligature une dilatation kystique en forme de massue recouverte d'adhé-

rences péritonéales. Au delà de la première ligature commence une dilatation uniforme qui donne l'impression de plusieurs ventres successifs contenant du liquide; ces divers ventres semblent bridés par des adhérences assez solides, qui ne dépassent pas la trompe qui est libre d'adhérences dans le bassin.

On ponctionne ces kystes et on ensemece deux tubes, l'un de gélatine et l'autre de bouillon. Le liquide ponctionné était clair comme de l'eau de roche et ne cultive pas : le bouillon reste limpide et la gélatine intacte.

EXPÉRIENCE 3. — 15 juin 1906. — Double ligature sur la trompe droite : la première ligature est placée au niveau de la corne utérine, la deuxième trois centimètres plus loin.

6 juillet 1906. — On sacrifie la lapine qui n'a présenté aucun trouble depuis l'opération. Pas d'infection du côté de la cicatrice. Aucune adhérence péritonéale. Entre les deux ligatures la trompe est distendue par un liquide qui lui donne la forme d'un boudin trois fois plus gros environ que la trompe normale. Cet hydrosalpinx est toutefois d'un volume bien inférieur à celui obtenu par la ligature faite au centre de la longueur de la trompe. Le liquide peu abondant est recueilli et on ensemece deux tubes qui ne cultivent pas.

EXPÉRIENCE 4. — 25 juin 1906. — *Laparotomie*. — On place une ligature à la soie fine sur l'extrémité de la trompe gauche au niveau du pavillon.

Une seconde ligature est placée au tiers moyen de la trompe.

10 juillet 1906. — On sacrifie la lapine. Pas trace d'infection. La trompe gauche, libre d'adhérences, présente entre les

deux ligatures une dilatation d'au moins cinq fois le volume de la trompe allant en augmentant à mesure que l'on se rapproche du pavillon. Avant la première ligature, c'est-à-dire vers le tiers interne de la trompe, on voit une dilatation légère (deux à trois fois le volume de la trompe).

Le liquide, ponctionné et mis sur une lame, ne présente après dessiccation et coloration aucun microorganisme.

EXPÉRIENCE 5. — 3 juillet 1906. — Ligature double de la trompe gauche, l'une de ces ligatures est placée à 1 centimètre environ de la corne utérine, la seconde, 3 centimètres plus loin vers l'extrémité externe de la trompe.

25 juillet 1906. — On sacrifie la lapine qui présente un très léger liquide péritonéal. Pas d'infection ni d'adhérences. La trompe gauche présente un volume au moins six fois supérieur à son volume ordinaire et montre un hydrosalpinx qui va en augmentant à mesure qu'on se rapproche de la première ligature. On remarque à la surface de la tumeur une circulation très augmentée ; les veines, en particulier, sont très nombreuses et semblent doublées de volume.

Ligature de la trompe au niveau de la corne utérine

EXPÉRIENCE 1. — 12 avril 1906. — Laparotomie, Ligature à la soie fine au niveau de la corne utérine droite. Suture de la paroi. Pansement collodionné.

25 avril 1906. — On sacrifie la lapine. La cicatrice se voit à peine, le poil commençant à repousser. Pas la plus légère trace d'infection. La trompe qui porte la ligature est absolu-

ment normale et ne présente aucune différence avec celle du côté opposé. Pas la moindre adhérence.

EXPÉRIENCE 2. — 15 avril 1906. — Laparotomie. Ligature à la soie au niveau de la corne utérine gauche. Suture en deux plans de la paroi. Pansement.

10 mai 1906. — On sacrifie la lapine. La cicatrice a presque disparu recouverte par les poils. La lapine grasse et bien portante n'a jamais souffert.

La trompe gauche sur laquelle on retrouve la ligature paraît légèrement plus grosse que celle du côté opposé : cette augmentation de volume est à peine sensible. A l'ouverture de cette trompe on trouve un liquide qui est plutôt un suintement qu'une collection et qu'on ne peut prélever (fig. 3).



Fig. 3

Ligature au niveau de la corne utérine. Pas de modification.

Nous pouvons donc déduire de ces expériences que la trompe sécrète normalement un liquide lim-

pide, clair, citrin, dont le courant semble toujours dirigé vers l'orifice péritonéal. Survient-il un obstacle mécanique du côté du pavillon de la trompe, ce liquide se collecte et donne un hydrosalpinx.

Si la trompe s'oblitére à ses deux extrémités, elle forme une cavité close, et l'épithélium continuant à sécréter on obtient un hydrosalpinx. De plus de toutes les parties de la trompe, celles qui semblent le plus sécréter sont les extrémités, puisque les ligatures doubles portant à ce niveau donnent les hydrosalpinx les plus considérables.

Collections communes à la trompe et à l'ovaire. — Kystes tubo-ovariens. — L'hydrosalpinx peut aussi coïncider avec un kyste ovarien avec lequel elle peut communiquer, et c'est ce que l'on a appelé les kystes tubo-ovariens.

Au chirurgien français Richard revient l'honneur d'avoir le premier, en 1853, attiré l'attention sur ces lésions : il chercha tout naturellement une explication physiologique, et il écrivait dans le premier de ses mémoires sur ce sujet (1), parlant de ces petites lésions qui donnent surtout des symptômes douloureux et peu de troubles fonctionnels : « c'est là le résultat naturel de la physiologie, et ce jeu périodique qui met chaque mois en activité l'appareil génital interne de la femme. Un kyste se forme dans l'ovaire ; la plupart du temps, pas toujours, c'est une

1. *Bulletin de l'Académie de médecine, et Bulletin général de thérapeutique*, 1857,

vésicule de de Graaff qui, parvenue à maturité, continue et dépasse son évolution au lieu de produire un corps jaune. Mais en même temps l'oviducte est venu plaquer son papillon sur cette vésicule, car ce concert admirable entre l'ovaire et son canal excréteur est la condition la plus essentielle, mais aussi la plus chancelante et la plus fragile du premier temps de la fécondation de la ponte spontanée des ovules. Que la vésicule se vide, rien de plus naturel, cela est dans sa destination ; mais qu'une fois vidée elle continue de croître et d'exhaler au lieu de se flétrir, et nous aurons alors la maladie complexe que j'ai essayé d'indiquer dans cette note et que désignerait assez bien la dénomination de kyste tubo-ovarien. »

En 1857, dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, Richard complète sa pensée et développe en ces termes sa conception des kystes tubo-ovariens : « Dans les kystes tubo-ovariens une vésicule de de Graaff, sans doute celle-là qui va présider à la prochaine menstruation, est assaillie par l'effort morbide qui doit faire d'elle un kyste de l'ovaire, mais un œuf arrivé à maturation y est contenu ; pour le recueillir le pavillon de la trompe s'accole à la vésicule, celle-ci se vide et il semble que nous n'assistions qu'au merveilleux travail qui, chaque mois, provoque la ponte spontanée des ovules. Mais la scène change, la vésicule malade ne se referme pas, car au lieu de former un corps jaune, elle continue de verser dans la trompe le liquide morbide qui la distend. C'est désormais un kyste de l'ovaire, et ainsi

s'accroissent ensemble, d'un côté la tumeur ovarienne, de l'autre la trompe incessamment distendue par le liquide qu'elle reçoit. »

Cette théorie eut, tant en France qu'à l'étranger, de très nombreux partisans, et nous voyons peu de temps après Spencer Wels dire au sujet des kystes tubo-ovariens : « Les franges du pavillon se sont appliquées sur cette partie de l'ovaire où était imminente la rupture d'un follicule de de Graaff. Au lieu de se rétracter elles sont restées adhérentes à l'ovaire. Il s'en est suivi une hypersécrétion de liquide et un kyste s'est formé tandis que le follicule de de Graaff, se rompait, arrivé à maturité et devenait un corps jaune. Ce sont les vestiges de ce corps jaune que l'on retrouve à la face interne de la portion ovarienne du kyste et qui lui donne un teint jaune ou jaune rougeâtre. »

Un peu plus tard Robinson étudia de très près les phénomènes qui se passent normalement au niveau de la ponte ovulaire, et il les décrit ainsi. Dans la menstruation ou le rut chez les animaux, le ligament ovarien se raccourcit et attire la trompe de telle sorte que l'orifice de la trompe s'approche de la surface de l'ovaire. La trompe ne choisit pas le point où un œuf peut mûrir, mais le pavillon coiffe simplement l'ovaire à la manière d'un capuchon. C'est à ce moment que le rut se produit. J'ai vu cela, dit Robinson, deux fois dans l'abdomen d'une femme. J'ai remarqué environ 285 truies, 40 moutons, 50 vaches et de nombreux chiens, et j'ai toujours observé ces phénomènes.

A l'époque du rut, la congestion est grande là où la muqueuse du sommet des franges du pavillon est en contact avec la surface ovarienne. Un mucus visqueux est sécrété qui agglutine les franges du pavillon. Une force considérable est nécessaire pour détruire l'adhérence ainsi faite et, quand on réussit, le mucus s'étire sous forme de filaments. Que le processus continue, dépasse les limites physiologiques ; que, d'autre part, un follicule de Graaf où un corps jaune aient subi une dégénérescence kystique par suite d'une circulation viciée, ou d'une des causes que nous étudions plus loin, ce kyste, augmentant progressivement, distendra sa paroi très mince, et finira par s'ouvrir. On aura ainsi deux cavités communiquant entre elles, qui tendront à se souder l'une à l'autre, et de là au kyste tubo-ovarien il n'y a qu'un pas. Si la paroi des deux cavités se résorbe au point de contact commun, si les adhérences des franges sont rompues, ce pas sera franchi, on n'aura plus qu'une seule cavité et les franges viendront se placer à la face interne du kyste de l'ovaire après avoir nagé dans le liquide qui y est contenu. Il n'est pas douteux que dans beaucoup de cas l'infection et surtout le gonocoque viennent donner les exsudats tubaires ou ovariens qui formeront le kyste tubo-ovarien, mais nous pensons qu'il est des cas où la théorie physiologique peut seule être admise et l'anatomie pathologique nous donne raison.

Von Ott (1) a vu des kystes tubo-ovariens dans

1. Von Ott. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 37.

lesquels la paroi tubaire était restée absolument intacte, l'épithélium étant à peine modifié.

Signalons enfin une forme congénitale de kystes tubo-ovariens décrite par Robinson. Malheureusement cette opinion un peu théorique s'appuie sur trop d'hypothèses et n'a jamais été vérifiée chez la femme. Elle mérite cependant d'être citée.

Chez les mammifères inférieurs, l'ovaire et l'oviducte représentent une glande avec son canal excréteur. En pareil cas la formation d'un kyste est aisée : qu'il y ait excès de sécrétion et un kyste se forme par rétention. Chez la truie, l'ovaire est dans une large poche constituée par le péritoine et la trompe de Fallope aboutit directement à cette poche. De même chez la chienne, et la glande génitale ne peut être séparée de ses franges. Ici aussi, la formation des kystes tubo-ovariens est aisée, et Robinson (1), dans ses conclusions, se demande, si par suite d'une malformation congénitale du corps de Wolf et pendant l'existence de celui-ci, il ne pourrait y avoir déplacement anormal de l'ovaire vers l'extrémité du canal de Muller et introduction de la glande dans ce conduit. Ainsi s'expliquerait chez la femme, la formation des kystes tubo-ovariens.

1. Robinson. *Amer. Journ. of. obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 1311.

CHAPITRE III

Congestions de l'ovaire **Ovaire scléro-kystique. — Hémorragies** **de l'ovaire**

Ovaires scléro-kystiques. — A. Martin, de Berlin, définit cette affection une dégénérescence microkystique des follicules avec prolifération et sclérose du stroma interfolliculaire. Elle est si fréquente que nombre d'auteurs : Ziegler (1), Léopold (2), regardent cet état comme physiologique. Patenko déclare que 16 0/0 des ovaires regardés au hasard sont kystiques.

Non pensons que ces lésions sont fréquentes, mais non physiologiques. Tout ovaire scléro-kystique, en effet, est, pour nous, un ovaire pathologique, altéré à des degrés divers mais néanmoins malade. C'est d'ailleurs l'opinion de Rokitansky, Virchow (3), Rind-

1. Ziegler. *Lehrbuch der allg. und spec. pathol anat.*, 1886.

2. Léopold. *Arch. für Gyn.*, 1883.

3. Virchow. *Traité des tumeurs*, t. I.

fleisch (1). Et cela vient du mécanisme même qui amène la dégénérescence kystique.

« Que la sclérose soit corticale ou centrale, dit Delaunay, dès que le tissu conjonctivo-vasculaire remplit mal ses fonctions, les follicules avortent et deviennent kystiques. » Dès que le tissu conjonctif de l'ovaire est altéré, cet ovaire est malade. Il n'est pas toujours douloureux, ou très douloureux, mais il est alors au début de son évolution scléreuse, et il le deviendra.

On le rencontre à tout âge : on en a vu chez l'enfant (Boullard, de Sinéty), chez les vieilles femmes, et Cruveilhier en faisait une forme d'atrophie sénile de l'ovaire, à tort sans doute, car c'est surtout pendant la période d'activité génitale que se manifestent les lésions scléro-kystiques.

Et ceci est bien naturel si l'on pense que les causes les plus fréquentes de ces affections résident dans les congestions ovariennes d'origine spasmodique, nerveuse, émotive, psychique en un mot, appartenant surtout à la période d'activité génitale.

Comme pathogénie de ces lésions, on a naturellement invoqué l'infection ascendante venant d'une métrite ou d'une salpingite antérieure, gagnant la périphérie de l'ovaire et produisant autour de lui une inflammation suivie d'adhérences et de sclérose de la zone corticale, sclérose, qui deviendrait bulbaire et périfolliculaire pour provoquer des kystes par

1. Rindfleisch. *Traité d'Anatomie pathol.*

réten tion. Cette théorie est évidemment vraie lorsque l'ovaire scléro-kystique coïncide avec une salpingite du même côté, mais tel n'est pas le cas la plupart du temps. « L'ovarite scléro-kystique, dit le Pr Pozzi (1), est souvent indépendante de toute lésion des trompes. » Conzette l'a également constaté et conclut en disant : « La dégénérescence kystique des ovaires ne résulte pas d'une maladie infectieuse de l'utérus. Dans beaucoup de cas, en effet, l'utérus et les trompes sont absolument saines. »

Enfin, la sclérose n'existe pas toujours à la périphérie de l'ovaire. Pour Pilliet et Petit, le siège où débute la sclérose, c'est dans le bulbe même de l'ovaire, autour des follicules.

Fraikin est alors venu dire que l'infection avait là pour point de départ une métrite ou une salpingite et était apportée par les lymphatiques sur le hile de l'ovaire et de là au bulbe après avoir infecté le tissu péri-folliculaire. Cette théorie, basée sur l'opinion de Mascagni, qui prétendait que les lymphatiques de l'utérus et de la trompe s'anastomosaient au niveau du hile de l'ovaire a été anatomiquement détruite par les travaux du Pr Poirier et de ses élèves, MM. Cunéo et Mar cille. Cette anastomose se ferait au niveau de la cinquième vertèbre lombaire et nous ne comprenons pas bien la marche rétrograde de l'infection, qui, une fois arrivée à la région lombaire redescendrait, on ne sait pourquoi, vers l'ovaire. Il faut donc invo-

1. *Revue de Chir., Abd. et Gyn.*, fév. 1897, n° 1.

quer une autre cause, dans la grande majorité des cas, et nous pensons que le principal facteur de ces désordres est la *congestion*. « En raison du riche lacis vasculaire qui entoure et pénètre l'ovaire, dit Peyrot, cet organe se trouve dans des conditions telles que ces perturbations vasculaires s'y font sentir fortement et entraînent là des conséquences qu'elles ne sauraient déterminer ailleurs. » A chaque époque menstruelle, l'ovaire est le siège d'un érêthisme particulier, qui se trouve augmenté par la moindre déviation ovarienne, et subit les influences de l'état constitutionnel souvent atteint par une tare héréditaire. Slavansky insiste sur l'état congestif de l'ovaire dans l'ovarite scléro-kystique et ajoute : « Si la congestion est plus intense, l'ovaire augmente de volume à cause d'une forte hyperémie de son tissu, qu'on constate encore sur des ovaires depuis longtemps retirés du cadavre. L'hyperémie est surtout marquée au pourtour des vésicules de de Graaf et des follicules, dans leurs différents stades de développement : les vaisseaux de la couche périfolliculaire ont l'air d'être injectés artificiellement ; quelquefois l'hyperémie est si intense que toute la couche granuleuse entourant le follicule présente une teinte rouge foncé et simule une extravasation sanguine dans le parenchyme. » De son côté Conzette souligne également le rôle de la congestion : « Les congestions répétées, dit-il, paraissent jouer le rôle principal : c'est à cette idée que nous conduisent l'étiologie et l'anatomie pathologique. Anatomiquement les ovaires

portent les traces d'une congestion interne ou de congestion répétées et chroniques, on trouve une irritation des parties constituantes de l'ovaire. »

Les congestions répétées irritent les parois vasculaires et réagissent sur le tissu conjonctif. Toutes ces opinions auxquelles il faudrait ajouter celles du P^r Pozzi, de P. Petit, L. Tait, Martin, Championnière, Rousseau, nous permettent d'affirmer que les congestions variées de l'ovaire peuvent, sans l'intervention d'une infection quelconque, amener à la longue la dégénérescence scléro-kystique de cet organe. Nos observations personnelles nous conduisent d'ailleurs à cette conclusion.

Certaines causes tendent à augmenter ces poussées congestives, et parmi celles-ci le *varicocèle ovarien* dont on constate souvent la coexistence. Il agit ici comme le varicocèle spermatique chez l'homme qui provoque parfois l'atrophie du testicule. Un autre point d'analogie, c'est que le varicocèle pelvien siège surtout à gauche et amène plutôt des lésions de l'ovaire gauche comme fait vis-à-vis du testicule le varicocèle chez l'homme. *Ghazarossian*(1) a insisté avec raison sur deux causes importantes dans les processus congestifs de l'ovaire, les déviations utérines et les prolapsus ovariens. Avant lui Martin avait signalé sur cette particularité étiologique. « Cette affection si curieuse, dit-il, qui s'observe dans des circonstances très variées, est rare-

1. Thèse, Paris, 1903.

ment le produit d'une ovarite aiguë. On voit apparaître ces manifestations chez les femmes molles, mal nourries, à la suite d'un premier accouchement dont elles ne sont remises qu'incomplètement. On constate chez elles un relâchement anormal, une tendance au prolapsus de tous les viscères pelviens coïncidant avec une descente de l'ovaire. » Slavansky (1) va plus loin encore quand il écrit : « L'hyperémie passive des ovaires qui s'établit dans les cas de positions vicieuses de l'utérus (rétroflexions) de torsion incomplète du mésovarium, également chez les cardiaques, chez les malades atteintes d'affections chroniques du poumon et d'autres organes donnant lieu à de vastes hypostases, cette hyperémie peut aussi être le point de départ des oophorites aseptiques. »

L'arthritisme est souvent cause de rétrodéviation, de ce relâchement du tissu fibreux d'où résultent l'insuffisance des ligaments utérins, l'effondrement du périnée, les hernies intestinales, l'abaissement du rein et toutes les ptoses. Ce relâchement est primitif et diathésique, car il survient de bonne heure chez des jeunes filles, chez des jeunes femmes. Nous pensons donc, que la déviation utérine peut être primitive, et n'est pas, comme l'ont soutenu M. Jayle et A. de Lima, une complication survenue au cours de lésions utéro-annexielles. Velpeau était peut-être

1. Slavansky. *Oophorites Annales de Gynéc.*, mai-juin 1890, p. 352.

allé un peu loin en mettant sur le compte des rétro-déviation utérines la plus grande partie des affections utéro-ovariennes, mais il ne faut pas non plus dire : « La déviation n'est qu'un accident, une complication de l'inflammation utéro-annexielle. » (Jayle.) C'est bien plutôt la rétrodéviation qui se complique presque toujours de troubles utéro-annexiels et nous allons voir comment.

L'ovaire est maintenu par le ligament dit infundibulo-pelvien ou plus justement suspenseur de l'ovaire, car il fixe l'ovaire plutôt que la trompe et joue un rôle important sur lequel a insisté M. Rieffel (1). « Il maintient cet organe, dit-il, contre la paroi pelvienne latérale et mérite bien son nom de suspenseur. Il s'oppose à son abaissement tout en permettant des oscillations dans le sens antéro-latéral. Chez une nullipare dans des conditions normales, on peut en effet difficilement amener l'ovaire au contact du plancher pelvien tandis qu'on réussit assez aisément à lui faire décrire un mouvement qui le porte vers la paroi abdominale. Quand on saisit le pli vasculaire entre les doigts et qu'on tire dessus, c'est toujours l'ovaire qui est soulevé le premier, le pavillon ne vient qu'ensuite, entraîné seulement par le ligament qui le réunit à l'ovaire. »

La masse essentielle de ce ligament est formée de l'artère spermatique autour de laquelle se trouvent les veines, les lymphatiques et les nerfs.

1. Rieffel. *Traité d'anat. Poirier*, t. V, fasc. 1, p. 322.

Le troisième ligament de l'ovaire, utéro-ovarien, fixe l'ovaire à l'utérus et associe les mouvements de ces organes. Si donc l'utérus s'infléchit, il entraînera avec lui l'ovaire, qui sera du même coup prolabé. De plus, le ligament utéro-ovarien et surtout le ligament suspenseur, seront tirillés dans leur longueur. Les vaisseaux qui le traversent et le forment en partie seront étirés, allongés : les artères, vu l'élasticité et la rigidité de leur paroi et le concours des pulsations cardiaques, suffiront amplement à faire circuler le sang. Les veines dont les parois sont molles sont applaties par ce tiraillement, s'accolent, d'où forcément il résulte une stase sanguine, qui est encore favorisée par l'absence des valvules dans ces veines.

Quelle est l'influence de cette congestion sur les différents éléments de l'ovaire ? Cette hyperémie atteint d'abord un très haut degré dans les capillaires du système veineux, c'est-à-dire sur les parois des follicules et dans les bulbes de l'ovaire. Mais, ensuite, il se produit une stase générale qui donne un œdème avec turgescence des vaisseaux que tous les auteurs ont signalés. « On constate alors, selon le mot de Slavansky, une transformation abondante des follicules primordiaux en follicules en état de maturité ; tout l'ovaire se remplit de cavités de dimensions variables, quelques-unes à peine visibles à l'œil nu, d'autres atteignent la grandeur d'une vésicule de de Graaf. »

Ainsi donc les follicules primordiaux sont amenés à subir le sort des follicules adultes. Et que vont

devenir ceux-ci, sous l'action de la congestion prolongée ? Pour le comprendre, il est nécessaire de savoir que la paroi du follicule se compose de trois couches :

- 1° Une couche interne ou *granulosa* ;
- 2° Une couche moyenne ou vasculaire ;
- 3° Une couche externe ou fibreuse.

La couche *moyenné* sera, on le conçoit, le centre d'action qui influencera deux autres membranes.

La *couche interne*, formée d'un épithélium stratifié, donnera une prolifération cellulaire suivie bientôt de la fonte des éléments néoformés.

La membrane interne donnera ainsi le liquide du kyste à l'aide de deux processus physiologiques admis aujourd'hui : la fonte des cellules de la membrane granuleuse et la transsudation des vaisseaux et des lymphatiques engorgés.

Nous avons ainsi l'hydropisie folliculaire qui précède la sclérose ou lui est contemporaine. C'est du moins là l'opinion de P. Petit qui conclut en disant : « Il est rationnel d'admettre que la sclérose du stroma est secondaire ou tout au moins corrélative et il faut chercher aux deux processus une cause commune. Etant donnée la fréquence de l'hydropisie folliculaire, sans doute cette cause n'est qu'un phénomène des plus fréquents, des plus facilement productibles dans l'ovaire, la *congestion extra-physiologique*. »

Que va devenir la *couche externe*. « Cette couche, dit Rieffel, se compose de fibres conjonctives la plupart disposées en strates concentriques ; elle est

assez dense et blanchâtre, très rétractile (Henlé) ressemblant beaucoup au troma ovarien dont elle se distingue cependant par son plus grand nombre d'éléments cellulaires (de Sinéty). Elle renferme de gros vaisseaux sanguins et lymphatiques du follicule qui s'y ramifient avant de pénétrer dans la couche sous-jacente. »

Un tel tissu entrant en prolifération cellulaire, pourra, on le conçoit, aboutir assez rapidement à la sclérose. Ghazarossian (1) compare ce processus à celui qui préside à l'éclosion de la cirrhose du foie cardiaque, cirrhose localisée surtout autour des veines dont la circulation languit. Au début, dit-il, la sclérose se développe seulement dans le bulbe de l'ovaire et autour des follicules, car les origines des veines sont-là. Mais plus tard, le travail de congestion et de prolifération se continuant, elle fait son apparition sur le trajet suivi par les veines pour produire ces bandes de cirrhose que l'on ne rencontre que sur les ovaires dont la maladie est avancée.

La sclérose peut s'accroître de plus en plus, envahir toute la périphérie de l'organe, étouffer pour ainsi dire les kystes et donner un processus de régression à l'ovaire.

Ainsi s'explique par les trois phases différentes d'un même processus, les aspects divers que peut prendre l'ovaire à une phase plus ou moins avancée du processus congestif dont il peut être le siège.

1. Thèse, Paris, 1902, p. 39.

Hémorragie de l'ovaire. — L'hydropisie des follicules, peut être le siège, lorsque l'hyperémie se prolonge très longtemps et que la sclérose s'accroît, d'hémorragies auxquelles on a donné le nom d'*apoplexie ovarienne*. A la coupe de l'ovaire, on trouve alors des tumeurs variant de la grosseur d'un pois à celui d'une grosse noix et même davantage, remplies la plupart du temps d'un sang moitié liquide, moitié coagulé contenant des parties rouges et des petits amas détachés de fibrine, de globules blancs, et des cellules épithéliales dégénérées. Plus tard, on trouve des débris de fibrine moléculaire, des reliquats de pigment corné, des cristaux de sang, parfois aussi des tablettes de cholestérine. Dans les hématomas folliculaires, on retrouve toujours la surface intérieure tapissée d'un épithélium d'une ou plusieurs couches suivant l'abondance de l'hémorragie. A cette paroi épithéliale fait suite la tunique lâche propre ou interne, remplie de capillaires gorgés de sang qui peuvent eux-mêmes être le siège d'hémorragie. (Cf. Obs. XI.)

L'hémorragie *folliculaire* est la forme la plus fréquente, elle est peu abondante la plupart du temps et a été bien étudiée par Morange (1) qui en a publié un certain nombre de cas.

Ces hémorragies peuvent également se produire à l'intérieur *du corps jaune* et alors la paroi est plus épaisse. La membrane plissée si spéciale aux corps

1. Morange. *Annales de Gyn.*, juillet 1893.

jaunes, résiste en général aux hémorragies successives et fournit une indication précieuse pour reconnaître cette variété (Pilliet). On voit alors de nombreux vaisseaux se développer dans sa paroi, ces vaisseaux se rompent à chaque congestion menstruelle, et déterminent un épanchement dans le corps jaune.

Enfin l'hématome peut résider dans le stroma ovarien lui-même : c'est l'hémorragie parenchymateuse de Koll.

Ces trois formes peuvent apparaître simultanément ou isolément chez une femme : P. Dalché les a appelés les corps rouges de l'ovaire et Potier les kystes hématiques de l'ovaire. « Dans le kyste hématique primitif de l'ovaire, dit Potier, aucune tare organique préalable autre que l'hyperémie fréquemment répétée, aucune dégénérescence n'intervient comme facteur de l'hémorragie. »

Potier cite à ce sujet le cas d'une jeune femme de dix-sept ans, sans aucune tare pathologique, qui quelques semaines après son mariage fut prise de crises douloureuses pelviennes avec hémorragies, et chez laquelle on trouva un ovaire bourré de kystes hématiques. Selon lui il faut, dans ce cas, accuser l'excitation génitale exagérée et l'excès de coït. Vigneau (1) cite deux cas d'hématomes ovariens ayant eu pour point de départ des fatigues éprouvées pendant la période menstruelle : le premier est la femme d'un

1. Thèse de Lyon, 1902.

médecin qui jouissait d'une excellente santé et tomba malade au moment de ses règles pendant un voyage dans les montagnes. Cette personne avait eu deux accouchements normaux. Elle fut opérée au bout de deux ans, le traitement médical n'ayant pas donné de résultat et l'on trouva dans l'ovaire gauche un vieil hématome de la grosseur du poing. Le second cas est celui d'une jeune fille de vingt-six ans dont le début de l'affection remonte à une douleur vive et spontanée survenue en jouant au tennis pendant la période menstruelle. Neuf mois plus tard on opéra et l'on trouva un ovaire gauche contenant un vieil hématome. Les règles redeviennent normales par la suite.

Martin cite deux cas d'hématomes de l'ovaire chez des jeunes femmes qui, par imprudence, avaient pris pendant leurs règles l'une un bain froid, l'autre un chaud. Enfin le même auteur cite trois cas consécutifs à un refroidissement.

On a également incriminé et cité des observations d'hématomes ovariens survenus à la suite de rapports sexuels pratiqués pendant l'époque menstruelle et au voisinage des règles.

Gottschalk cite le cas de curettages faits avant les règles, qui ont amené une congestion ovarienne qui aurait remplacé la congestion utérine.

Nous pensons pouvoir déduire de ces nombreux cas cités et de ceux que nous avons nous-mêmes pu observer et que nous rapportons plus loin (Cf. observations) qu'il y a des hématomes de l'ovaire qui n'ont

rien à voir avec un processus infectieux. Ce sont des troubles vasculaires propres à l'ovaire, résultat d'une cause externe ou d'ordre général. Comme le dit M. Lucas-Championnière, il faut surtout accuser les perturbations produites dans les règles, et les traumatismes, ces deux causes déterminent une congestion intense des ovaires, et s'observent souvent chez les vierges et chez les femmes stériles. Alors les lésions vasculaires prédominent : les vaisseaux sont nombreux, très flexueux, gorgés de sang et atteints les uns de péri-artérite avec prolifération des fibres conjonctives, les autres d'endartérites avec obstruction complète de la lumière du vaisseau (Pilliet).

Matrochin a d'ailleurs pu expérimentalement, en faisant des ligatures du méso-ovaire, des ligaments de l'ovaire et surtout du ligament infundibulo pelvien, obtenir des hyperémies ovariennes par stase circulatoire qui déterminaient des lésions analogues à celles que nous venons de décrire. Nous avons commencé des expériences de ce genre que nous comptons publier ultérieurement.

Métrorragies ovariennes. — Ces hyperémies ovariennes peuvent aussi donner lieu à des troubles que Bouilly a décrits sous le nom de métrorragies ovariennes. Il a décrit ainsi des métrorragies survenant en dehors de toute lésion utérine et annexielle : « La trompe, dit-il reste saine indéfiniment près de l'ovaire hématique ou kystique. » Il a voulu voir dans ces hémorragies un processus infectieux parce qu'il a parfois rencontré des cols congestifs hypertrophiés,

et des adhérences pelviennes. Avant de saigner dans la trompe, l'ovaire peut saigner un peu dans le péritoine et créer ces adhérences que nous avons étudiées.

Bouilly (1) ajoute d'ailleurs : On peut se demander si ces « lésions relèvent toujours d'une infection ou dépendent de troubles de nutrition dus à l'état nerveux ». La congestion est, en effet, toujours un merveilleux terrain pour toutes les infections microbiennes mais, selon le mot de Doléris, il n'y a pas plus d'infection dans les congestions génitales qu'il y a de pneumonie dans la congestion pulmonaire : pour que celle-ci existe, il faut un fait nouveau, le microbe. N'est-il pas évident, dit à ce propos M. *Richelot*, que ce terme d'infection perd beaucoup de sa valeur s'il exprime toutes les suppositions qu'on peut faire sur les toxines mystérieuses des invasions microbiennes dont nul n'a surpris le début ni suivi la trace ; si par négligence des mots justes et des idées précises il arrive à représenter vaguement des modifications inconnues de la stase sanguine, s'il prétend expliquer par des altérations contingentes et variables une série d'actes morbides, coordonnés, groupés, enchaînés entre eux comme les manifestations arthritiques dans lesquelles se voit si clairement l'influence du système nerveux tenant en main les nutritions locales, répartissant les troubles vasculaires et les

1. Bouilly. Des métorragies d'origine ovarienne (*Semaine Gynéc.* 1899).

dystrophies suivant certaines lois et créant un type, une famille de maladies qui se ressemblent toutes par leur tendance aux congestions, aux névralgies, aux hypersécrétions glandulaires, à la sclérose et à l'hypertrophie des organes, au relâchement du tissu fibreux.

CHAPITRE IV

Des causes qui peuvent déterminer les annexites non septiques

Nous pensons avoir montré qu'à côté des lésions annexielles d'ordre septique, il y avait place pour des processus pathologiques qui peuvent se résumer en deux mots : *congestions anormales et troubles trophiques dans les parenchymes*. Il nous reste à étudier quelles sont les causes d'ordre extrinsèque ou intrinsèque qui peuvent amener ces divers troubles.

Causes extrinsèques. — Parmi celles-ci, il faut classer les modifications déterminées par l'action du *froid* sur les annexes. K. Frantz (1) de Berlin a fait à l'Institut de physiologie de Halle des expériences physiologiques sur douze utérus de femme et quatorze de lapines ; les unes faites *in situ*, les autres faites en dehors de la cavité abdominale. Nous

1. Frantz. *Centralblatt fur Gynækologie*, 18 juin 1904 n° 24.

avons vu que par leur situation et leur constitution anatomique les organes génitaux étaient solidaires les uns des autres et que les congestions de l'un se transmettaient facilement aux autres. Ce qui est vrai pour l'utérus pourra donc s'appliquer également aux annexes. Frantz est arrivé aux conclusions suivantes : l'utérus de la lapine *in continuo* réagit aux excitations faradiques, galvaniques, mécaniques et thermiques ; l'utérus gravide présente une excitabilité plus grande que l'utérus vide ; l'utérus vierge est ordinairement excitable au minimum. Chez la femme, l'utérus excisé ne donne jamais de réaction faradique, rarement de réaction galvanique, mais par contre une réaction *thermique* très forte. Il semble résulter de ces expériences que l'utérus est un organe éminemment sensible aux variations extérieures de la température. Si l'on admet en outre la propagation très fréquente des divers phénomènes utérins aux annexes qui participent aux mêmes influences nerveuses et circulatoires, on comprendra dès lors que le *froid* extérieur pourra avoir une action capitale sur les congestions annexielles.

Frantz a constaté que les températures basses amènent des contractions utérines qui peuvent se prolonger fort longtemps et amener de véritables tétanisations utérines. On a depuis longtemps décrit les troubles graves produits par les refroidissements au moment des menstruations. Ces troubles menstruels ou intermenstruels peuvent être le point de départ de congestions passives qui évoluant sur un

terrain spécial seront la cause, dans un avenir prochain, de lésions annexielles qui n'auront pas d'autre origine.

Au froid il convient d'ajouter les traumatismes génitaux, qu'ils soient directs ou indirects. Les traumatismes *directs*, chocs, coups reçus sur la paroi abdominale sont rares : Lawson Tait cite le cas d'une femme qui à la suite d'un coup de pied dans la région ovarienne qu'elle aurait reçu de son amant fit « de l'ovarite aiguë. » L'utérus, dit-il, ne devint jamais immobile dans le bassin comme dans la péritonite et les troubles de la menstruation persistèrent. Il s'agissait d'hémorragies ovariennes ayant évidemment une origine traumatique.

Les traumatismes *indirects* sont beaucoup plus fréquents et en première ligne il faut citer le coït, surtout quand il est pratiqué à une époque voisine des menstruations. Les coïts trop répétés, les excitations génitales trop fréquentes et trop prolongées provoquent une congestion qui souvent ne disparaît pas avec la cause. *Truckmuller*, cité par Quénu (1), fait entrer en ligne de compte l'éréthisme continu des organes sexuels, l'onanisme, la lecture des romans, les rêveries, la suppression brusque des règles, l'usage des boissons échauffantes, etc.

Martin fait jouer un rôle important à la surexcitation sexuelle, non seulement quand elle est due à

1. *Anat. Path. des kystes non dermoïdes de l'ovaire.*
Paris, 1887.

des rapports conjugaux immodérés, mais aussi quand elle vient de la perversion dans la satisfaction des désirs vénériens.

Lawson Tait insistait lui aussi beaucoup sur ces causes d'ordre psychique et allait même jusqu'à indiquer un système d'éducation pour les jeunes filles.

Palmer Dudley (1) indique comme cause de dégénérescence scléro-kystique des annexes le varicocèle du plexus ovarien, et donne deux observations à l'appui. On conçoit en effet facilement, comme nous l'avons déjà dit, que la dilatation veineuse entrave la circulation ovarienne et produit une stase sanguine analogue à celle du testicule dans le cas de varicocèle chez l'homme.

Enfin il faut citer les surmenages de toute nature et en particulier ceux qui intéressent spécialement la sphère génitale, telles que les courses prolongées à cheval ou à bicyclette, l'automobile à grande allure ou sur des routes mauvaises ou dans des voitures mal suspendues.

Causes intrinsèques. — Mais toutes ces causes, il faut bien le dire, n'agissent pas de la même façon sur tous les sujets. Ces troubles sont l'apanage de certains organismes atteints d'une tare héréditaire mal connue, mais dont les tendances sont toujours les mêmes et aboutissent aux mêmes processus. Nous voulons parler de la *diathèse arthritique*. Cette notion

1. *New-York med. Jour.*, vol. XLVIII, p. 174.

n'avait pas échappé au sens clinique des anciens gynécologues : ils avaient noté la tendance aux poussées fluxionnaires de l'appareil génital des rhumatisants. Ils décrivaient dans leurs traités des leucorrhées goutteuses (Storck), des métrites arthritiques (Guilbert). Barthez lui-même dans son bel ouvrage consacre un chapitre à « l'hémorragie causée par la goutte ». Et ils remarquaient fort justement qu'aux petites lésions annexielles se joignaient des tendances congestives, varices, hémorroïdes, des affections articulaires depuis la simple arthralgie fugace jusqu'aux rhumatismes vrais polyarticulaires et fébriles, des névralgies, des bouffées de chaleur, des vertiges, etc.

De nos jours on a poussé plus loin l'étude de la diathèse arthritique, et si nous ignorons la cause essentielle, réelle, de cette tare ancestrale, nous connaissons bien la nature des lésions qu'elle détermine. Le professeur Bouchard définit l'arthritisme une dystrophie, une aberration de la nutrition par défaut d'équilibre des échanges avec *éréthisme nerveux*, *éréthisme circulatoire* et *tendances congestives*. Pourquoi cette affection qui crée des congestions pulmonaires, hépatiques, rénales, ne donnerait-elle pas des congestions, de l'éréthisme nerveux ou circulatoire des organes utéro-annexiels ? Les arthritiques, dit Richelot, font de la sclérose de tous les organes ; pourquoi l'utérus et ses annexes seraient-ils épargnés ? Chez les arthritiques, dit Hanot, le tissu conjonctif est un tissu de moindre résistance. M. Doléris a lon-

guement décrit ces influences de l'état constitutionnel sur l'appareil génital de la femme. Il a montré ces règles tardives chez les filles de gouteux ou d'arthritiques, apparaissant à seize, dix-sept, dix-huit ans, elles sont souvent très abondantes et déterminent des douleurs parfois très vives dues à un spasme ou à une contracture des fibres musculaires.

Ces mêmes femmes font parfois de l'aménorrhée et font alors des hémorragies complémentaires, hémoptysies, hématomèses, épistaxis, etc. Elles peuvent faire des hémorragies dans leurs trompes, dans leur péritoine, etc. Elles sont en général stériles ou font des grossesses ectopiques par arrêt de l'ovule fécondé avant son arrivée dans l'utérus à la suite d'un spasme.

M. Richelot a bien décrit ces ovaires déjà scléreux chez les très jeunes filles, qui perdent en abondance et douloureusement dès leur formation, ces ovaires qu'on trouve chez les vierges de vingt ans, dégénérés, énormes polykystiques ou massifs, presque entièrement fibreux avec des kystes rares, ces gros ovaires mobiles à côté d'une trompe saine, sans adhérences pelviennes.

On a bien objecté que le tempérament seul était incapable de créer une lésion, que le terrain était mieux préparé à l'infection et que les symptômes augmentaient d'intensité chez ces sujets prédisposés, là où le processus infectieux se serait éteint tout naturellement chez d'autres.

Mais alors d'où serait venue cette infection ? L'hymen est intact : le vagin, il est vrai, a été incriminé

comme milieu de culture excellent pour tous les saprophytes. Mais Hallé (1), dans ses recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme, n'a-t-il pas montré que la flore bactérienne de cette région ne renfermait que des microbes inoffensifs et qu'en aucun cas les saprophytes ne dépassaient l'orifice externe du col. Veillon a de même montré qu'à mesure que les microbes pathogènes apparaissaient, les saprophytes devenaient de moins en moins nombreux.

Pour ce qui est des femmes ayant eu des enfants, Delbet a invoqué des infections puerpérales qui tout d'abord ont passé inaperçues et sont la première cause des troubles trophiques. On a pu citer en effet des infections latentes se réchauffant longtemps après l'accouchement ; des phlébites tardives, survenant plusieurs semaines après les couches, mais peut-on rendre une infection très légère et malgré tout passagère, responsable d'hémorragies ovariennes, de scléroses ou de dégénérescences micro-kystiques qui sont survenues plusieurs années après un complet rétablissement ? De plus, dans beaucoup de cas, cette excuse n'existe pas, car on n'a relevé dans l'observation des malades que nous citons, aucune trace d'infection post-partum et la plupart du temps même elles n'ont jamais eu d'enfants, leurs dégénérescences annexielles devenant pour elles une cause de stérilité.

1. Thèse de Paris, 1898.

On a enfin cherché à expliquer les troubles annexiels que le microbe ne crée pas par voie ascendante, par une auto-intoxication par fermentations intestinales : la coprostase, la constipation amènent une accumulation de matières fécales d'autant plus toxiques qu'elles séjournent là plus longtemps et mettent en liberté des ptomaïnes, des indols, des scatols, etc., qui agiraient indirectement sur les organes génitaux ; de plus elles forment un obstacle mécanique qui facilite la congestion et la sclérose. Nous répondrons à ceux-là que les arthritiques sont des constipées ordinaires sans pour cela avoir toutes des lésions annexielles, que de plus il est facile de faire le départ entre des douleurs pelviennes et des douleurs intestinales. Quelques lavages intestinaux suffisent souvent à améliorer ces dernières, alors que les douleurs utérines persistent les hémorragies continuent. N'est-il pas plus rationnel de voir là le résultat d'un même processus ? L'entérite n'est pas plus la cause des troubles annexiels que ceux-ci l'origine de l'entérite. Soupault et Jouaust (1), étudiant cette question, concluent en ces termes : « Pour expliquer ces faits, il faut invoquer la production d'un réflexe parti des organes abdominaux en souffrance et aboutissant aux nerfs de l'intestin. Ce réflexe amène des troubles moteurs de véritables spasmes qui provoquent des sécrétions de mucus et amènent de la stase fécale. » Ce sont là des phénomènes

1. Société médicale des Hôpitaux, 1904.

analogues aux spasmes utérins et tubaires que nous avons étudiés, résultats d'une même tare héréditaire. Il est donc tout naturel que ces deux ordres de faits coïncident souvent.

Enfin, M. P. Delbet a fait remarquer que ce n'était pas l'état nerveux qui créait la lésion, mais bien plutôt la lésion elle-même qui amenait ces troubles nerveux généraux, étant « extrêmement neurasthénisante ». Mais n'est-ce pas justement parce que les femmes atteintes de ces petites lésions ont déjà un système nerveux touché qu'elles s'effrayent à propos d'un écoulement insolite, de règles un peu plus abondantes, d'un retard de quelques jours ? Petites lésions gros symptômes, disait Bouilly ; neurasthénie génitale, dit M. Siredey.

On a souvent étudié le mécanisme des divers troubles des organes génitaux sur le système nerveux central. Les riches anastomoses des nerfs utéro-annexiels, les spasmes, les réflexes, les congestions qui donnent les troubles circulatoires, amènent aussi cette dépression cérébro-spinale spéciale qui crée la neurasthénie. La cause fondamentale de cette neurasthénie réside donc, comme le disait Charcot, dans la prédisposition héréditaire ; cette tare névropathique peut être longtemps latente, de petites lésions annexielles l'engendrent.

CHAPITRE V

Symptômes

Les lésions que nous venons de décrire ne relevant pas de processus aigus, mais s'installant insidieusement, sourdement à la suite de phénomènes, toujours les mêmes, fréquemment répétés, nous n'aurons pas de symptômes bruyants, retentissants, mais bien plutôt des malaises et des douleurs vagues et atténuées.

Comme le fait justement remarquer Hofmeier, c'est en raccourci les symptômes de toutes les affections du petit bassin avec en moins les grands signes de réaction péritonéale : fréquence du pouls, fièvre, météorisme, vomissements, symptômes ordinaires des processus inflammatoires. Même lorsqu'on se trouve en présence d'un processus assez étendu, de fausses membranes et de brides fibreuses qui accolent les organes entre eux, ces tractus sont assez souples pour permettre aux organes voisins quelques mouvements limités et on n'a jamais de troubles graves.

L'attention du médecin est mise en éveil, parfois par de légères douleurs survenant sans causes appréciables à des intervalles plus ou moins éloignés, douleurs qui s'accroissent au moment des menstruations, qui sont elles-mêmes plus ou moins troublées.

Ces douleurs sont parfois assez vives et persistantes et c'est en vain qu'on en cherche la cause. Comme elles se propagent souvent à l'intestin, gêné dans ses mouvements par les brides d'adhérence, on les met sur le compte d'une entérite méconnue. La défécation, et parfois le coït provoquent de la douleur.

Martin fait remarquer que les malades se plaignent toujours de leur rectum et jamais de l'iléon. Chaque mouvement peut ainsi provoquer des tiraillements intestinaux souvent très pénibles. Les digestions deviennent lentes, difficiles, parfois douloureuses, les céphalées surviennent alors (migraines utérines de Rendu). Le manque d'appétit amène un amaigrissement parfois notable et des troubles de l'état général.

Les leucorrhées sont rares et lorsqu'elles existent sont toujours claires, fluides et transparentes, bien différentes des écoulements jaunes fétides, purulents de la métrite cervicale.

Les hémorragies sont fréquentes, soit qu'elles compliquent les règles qui deviennent alors douloureuses et d'une abondance excessive, soit qu'elles surviennent entre les menstruations : véritables hémorragies ovariennes ou tubaires. C'est ce que Terrillon a désigné sous le nom d'épistaxis ovariens. Ces

métrorragies apparaissent souvent chez des vierges ou chez des nullipares, leurs petites lésions étant suffisantes pour les rendre stériles. C'est l'hyperémie ovarienne de Lawson Tait.

Ces symptômes apparaissent chez des jeunes filles qui ont une puberté précoce ou retardée. Raciborsky attribuait ces troubles à la vigueur plus ou moins grande que la nature déploie dans le développement des vésicules de de Graaf.

C'est une hyperactivité ou une hypoactivité ovarienne analogue au fonctionnement vicié des autres glandes vasculaires, le corps thyroïde par exemple. C'est ce que *Jayle* appelle d'un terme heureux, *ataxie ovarienne*.

M. P. *Dalché* (1) a tracé un saisissant tableau de ces deux formes opposées de troubles ovariens. dans l'HYPOOVARIE la puberté apparaît tardivement, les organes génitaux restant infantiles ; il y a toujours diminution des règles tant que l'utérus demeure sain : les métrorragies sont ici l'indice d'une altération utéro-ovarienne. L'état général est mauvais : *Retinentur menstruae quando corpus totum non est sanum*, avait dit Paul d'Egine. Le visage est pâle et bouffi, il y a de l'adipose fréquente, c'est un véritable pseudo-myxœdème. Ces femmes sont en général infécondes ou peu fécondes ; elles font de l'hypoazoturie et de l'hypophosphaturie urinaires.

1. P. Dalché. Cliniques médicales, 1906. *Gaz. des Hôp.* 3 juillet 1906.

Dans l'HYPEROVARIE au contraire les règles apparaissent très tôt, elles sont très abondantes, souvent douloureuses ; les pertes peuvent apparaître dans l'intervalle des règles ; ces malades sont rouges, congestives jusqu'au jour où épuisées par les pertes de sang elles pâlisent et deviennent de fausses chlorotiques que l'on traite à tort par des médicaments dits reconstituants.

Les signes physiques sont vagues et permettent seulement de soupçonner la partie des organes génitaux atteinte.

Le palper abdominal est douloureux du côté malade ; il ne donne pas d'autres renseignements.

C'est le *toucher vaginal* qui fournit les indications les plus précises. Quand l'ovaire est seul atteint, on sent à la partie externe du cul-de-sac latéral, une petite masse arrondie plus volumineuse que l'ovaire normal, douloureuse au toucher, irrégulière bosselée, souvent dure. Cette masse est en général mobile et roule sous le doigt facilement. A la pression elle détermine une douleur assez vive parfois angoissante. Ce toucher est très délicat et il faut suivre en cela une règle souvent émise par M. Doléris. Il faut toucher avec la pulpe des deux premiers doigts de la main opposée au côté que l'on explore, tandis que la main abdominale, rasant la face interne du psoas immédiatement en avant de l'articulation sacro-iliaque, plonge peu à peu à chaque inspiration à la rencontre des deux doigts vaginaux ; au cas où la résistance de l'abdomen, du périnée des culs-de-sac

vaginaux rend ce procédé difficilement applicable, il ne faut pas hésiter à recourir au toucher rectal. En procédant de la sorte, on arrivera dans la grande majorité des cas à reconnaître les kystes ovariens, le volume et la consistance des ovaires.

L'ovaire étant souvent ectropié crée une difficulté de plus. Dans six cas cités par Vallin (1) on note chaque fois une dégénérescence microkystique de l'ovaire. Le toucher qui révèle une douleur assez vive fait voir que l'on a bien affaire à l'ovaire.

Les trompes distendues, les hydrosalpinx ou les hématosalpinx présentent des formes plus allongées et souvent plus volumineuses. Au toucher l'utérus est parfois tuméfié, ramolli mais toujours libre et mobilisable sans douleurs. Le col est pâle ou rosé, (Dolérus) n'a jamais la couleur violacée (épiscopale) de la cervicite aiguë ou chronique ; il n'offre ni éversion de la muqueuse, ni muco-pus (Richelot) ; s'il y a un écoulement il est clair et limpide.

L'état moral est parfois très affecté, d'une façon disproportionnée à la lésion et peut aller jusqu'à la neurasthénie utérine dont nous avons déjà parlé.

Comment se comportent ces lésions avec le temps ? Vont-elles en s'accroissant ou rétrocedent-elles ? On peut espérer une action bienfaisante de la ménopause ; avec la disparition habituelle des règles survient une amélioration notable : ce n'est pas toujours

1. *Prolapsus de l'ovaire*. Thèse, Paris, 1887.

la guérison, mais le soulagement est assez important pour être ressenti par des sujets dont l'existence était très pénible.

La stérilité est la conséquence presque fatale de l'évolution de ces lésions : les ovaires scléreux ou kystiques ne renferment plus que des ovules altérés ou atrophiés qui, le processus augmentant, tendent à disparaître complètement. De plus l'ovaire est souvent prolabé et ses rapports avec la trompe sont complètement déviés. Enfin la trompe est souvent oblitérée soit que les fimbriæ soient pris dans des exsudats adhérenciels ou qu'un autre processus l'ait rendue imperméable.

En résumé l'allure générale des lésions annexielles, l'absence constante de fièvre et de phénomènes aigus, distinguera dans la grande majorité des cas les fausses annexites des annexites inflammatoires vraies.

CHAPITRE VI

Traitement

La cause même des lésions que nous venons de décrire, nous fait présager du traitement dont elles seront justiciables. Etant en présence de troubles à la fois locaux et généraux, nous devons soigner à la fois l'état général et l'état local.

« Il faut se rappeler, dit Mathieu, que l'indication opératoire réside plus dans l'état des organes que dans l'intensité des phénomènes généraux et en particulier des phénomènes névropathiques. » Il s'agit, en effet, souvent de nerveuses chez qui les lésions sont insignifiantes et les symptômes très grands. Charcot a depuis longtemps montré que les ovaires n'étaient pas toujours en cause dans la production des douleurs dites ovariennes. M. Doléris a insisté (1) sur la nécessité de faire précéder toute opération de l'examen approfondi de la constitution du sujet. « Certaines malades, dit-il, sujettes à des poussées

1. Congrès de Gyn. de Bordeaux, 1895.

congestives, douloureuses, périodiques, ou à des crises de névralgie génitale, coïncidant avec la menstruation sont des névropathes et ne doivent pas être opérées... Certaines opérations pratiquées chez des sujets névropathes renforcées qui se trouvaient dans des conditions spéciales d'angoisse, d'alarmes, de terreur, ont eu comme conséquence des accidents très graves et parfois mortels. » M. Debove a également observé des femmes chez lesquelles l'intervention bien que suivie de succès complet au point de vue opératoire avait exagéré les douleurs.

Il est donc indispensable de faire une distinction absolue entre les femmes porteuses d'affections matérielles, incurables sauf opération et d'autres dont la maladie n'est pas du ressort de la chirurgie.

Ces derniers relèvent alors du traitement physique et aussi psychique.

Traitement médical. — En première ligne, il faut citer le repos absolu conseillé par Lisfranc et ses élèves. Aran y insiste en traitant des congestions utérines et dit qu'il faut : 1° Diminuer l'état congestif de l'époque des règles ; 2° Combattre l'état congestif qui persiste après chaque époque jusqu'à la suivante. Il conseille le repos des organes génitaux et dit à ce sujet : « C'est parce que les femmes des classes laborieuses ne peuvent pas renoncer à leur travail manuel, c'est parce qu'elles ne peuvent pas se soustraire à des rapprochements périodiques exigés impérieusement de leur faiblesse que ces maladies s'éter-

nisent chez elles et arrivent à un degré tel, que la guérison en devient à peu près impossible. »

Avec le repos et plus encore que lui, il faut ordonner le régime, l'hygiène alimentaire. Elle a, dit Richelot, une influence puissante sur ces malades : il faut éviter l'usage du vin, les boissons alcooliques, le café, la viande prise en excès, proscrire tous les médicaments toniques et en particulier les préparations ferrugineuses qui ruinent l'estomac, favorisent la constipation et surexcitent les nerfs.

Il faudra à ce propos réagir contre une erreur trop répandue qui veut voir dans les leucorrhées des jeunes filles ou jeunes femmes neuro-arthritiques une manifestation de l'anémie. On gorge ces malades de médicaments dits fortifiants qui leur sont toujours nuisibles.

On pourra ordonner l'hydrothérapie, les grands bains chauds alcalins, les douches froides en jet brisé, qui modifieront heureusement cet état d'érethisme douloureux.

On recommandera les climats calmants, les stations thermalés, Luxeuil, Bourbon-l'Archambault, Brides Salins, Salis de Béarn ; on a même récemment préconisé les cures de Krynica (1) ; on évitera toujours les bords de la mer. Les antispasmodiques sont souvent indiqués, et dans le même ordre d'idées on peut user parfois avec avantage de médicaments dits vasculaires : le mieux supporté est l'hydratis

1. Cercha. *Les cures de Krynica en Gynécologie*, 1906.

canadensis, administré sous la forme d'extrait fluide et de teinture à la dose de XXX à L gouttes par jour.

On combat par ces moyens l'élément congestif; on diminue l'abondance des règles, les hémorragies ovariennes, et on lutte contre la susceptibilité nerveuse parfois très grande de ces malades et qui se manifeste le plus souvent par des symptômes douloureux assez violents.

Citons enfin le massage gynécologique et l'électricité qui pourront rendre quelques services surtout dans les formes douloureuses où les brides cicatricielles ont fait place aux exsudats et où les organes plus ou moins déplacés sont maintenus par elles en position vicieuse. En réalité, nous pensons qu'il faut attendre de ces traitements une sédation des symptômes et surtout de la douleur devenue parfois une véritable névralgie, plutôt qu'une guérison définitive. C'est souvent un adjuvant efficace du traitement médical.

Au traitement général, on joindra le traitement local : les irrigations vaginales, par exemple, sont susceptibles de produire le meilleur effet : Dans ce cas l'eau chaude agit comme un décongestif puissant dans un état morbide où la congestion est d'abord l'élément essentiel. Cette action décongestive s'exercera sur l'utérus qui participe à cet état commun à tous les organes génitaux. Elle agira aussi sur les annexes par l'intermédiaire des culs-de-sac à condition toutefois de prescrire aux malades ces injections très chaudes prises dans le décubitus dorsal

avec 4 ou 5 litres d'eau bouillie plusieurs fois par jour. A de pareils bains vaginaux il sera bon de combiner des lavements chauds qui exerceront leur action décongestive sur tous les organes pelviens et empêcheront la constipation qui est le plus souvent la règle chez ces malades. A cet effet le cascara sagrada prescrit sous forme de pilules est un des meilleurs laxatifs habituels, car il peut être pris longtemps sans inconvénient. Les révulsifs locaux, les dilatations utérines pourront rendre de grands services.

Traitement chirurgical. — A ces traitements il sera souvent nécessaire d'adjoindre le traitement chirurgical. Dans ce cas il sera le plus souvent conservateur. Ce seront des résections partielles d'ovaires selon les méthodes de M. Pozzi et de ses élèves ; ce sera dans les cas de prolapsus utérin, l'ablation des adhérences et la réduction de l'utérus par fixation intra-abdominale des ligaments ronds (procédé de M. Doléris) ce sera l'ignipuncture des ovaires et leur ablation quand les lésions trop avancées en auront fait des organes incapables de tout fonctionnement.

OBSERVATION I (personnelle).

Hydrosalpinx. — *Kyste de l'ovaire*.

Marguerite St..., vingt-sept ans.

Père mort d'une affection cérébrale.

Mère morte de traumatisme.

Dix frères et sœurs : trois morts : fièvre typhoïde, pneumonie, péritonite. Les autres vivants sont bien portants.

Réglée à dix-huit ans. Dès le début les règles ont toujours un léger retard (toutes les six semaines, parfois tous les deux mois). Elles durent trois jours, sont peu abondantes et peu douloureuses.

Grossesse à vingt ans : accouchement spontané, enfant vivant ; durée du travail, six heures. Retour des règles deux mois après l'accouchement.

Les règles continuent à avoir dix à douze jours de retard jusqu'à il y a trois ans. A partir de ce moment les règles sont régulières, mais *douloureuses* quelques jours avant et pendant les hémorragies.

Depuis trois ans, à l'occasion de la moindre fatigue, la malade éprouve des douleurs assez vives dans la fosse iliaque gauche, douleurs s'irradiant au niveau du pli de l'aîne. Ces douleurs s'atténuent et disparaissent à la suite du repos.

Nerveuse, pleurant facilement, impressionnable, elle n'a jamais eu de crises de nerfs.

Vient consulter à la Maternité de l'hôpital Boucicaut le 5 mars 1904.

Examen. — Périnée normal.

Col normal.

Utérus en rétroflexion.

Les annexes du côté gauche sont sensibles.

L'ovaire prolabé est doublé de volume.

Les annexes droites paraissent normales.

Opérée le 9 mars 1904 par M. le Dr Doléris.

Incision abdominale médiane de 10 centimètres environ.

On va à la recherche des annexes gauches : l'ovaire gauche nous apparaît gros et kystique : à l'aide du thermocautère, on le ponctionne en plusieurs points : *du liquide glutineux s'en écoule ; dont l'évacuation amène l'affaissement de l'organe.*

La trompe gauche est oblitérée ; on l'ouvre et on pratique un véritable orifice.

Les annexes du côté droit sont sujets au même traitement : l'ovaire droit est moins volumineux que celui du côté gauche.

La trompe droite *est dilatée à sa partie externe* et son orifice obstrué par agglutination des franges du pavillon. On l'ouvre et il en sort un liquide épais, glutineux, incolore.

Ingnipuncture de l'ovaire : on crée un orifice tubaire.

On termine par l'inclusion intra-pariétale des ligaments ronds d'après le procédé de M. le Dr Doléris pour obvier à la rétroversion utérine.

Fermeture de la paroi.

Les suites opératoires sont très simples et la malade sort de l'hôpital un mois après.

Rien de fébrile, aucun phénomène aigu dans l'histoire clinique de cette malade ; les phénomènes paraissent correspondre à des lésions de simple hypostase.

OBSERVATION II (Personnelle.)

M^{me} M... M., âgée de trente et un ans.

Réglée à treize ans. A cette époque les règles étaient régulières, abondantes, durant huit jours au moins. Les deux premières années elles n'étaient pas douloureuses : elles le devinrent la troisième année et ces douleurs menstruelles furent attribuées par le père de la malade qui est médecin à un *refroidissement*. Cet état a duré six ans, après lesquels la douleur menstruelle disparut.

Jamais le moindre écoulement leucorrhéique. La malade se marie à l'âge de vingt-cinq ans et depuis cette époque, ses règles ont continué à être abondantes durant une semaine au moins, *sans la moindre douleur*. Elles retardaient parfois de un à dix jours.

Pas de grossesses, pas de fausses couches.

Pas de pertes blanches, jamais de troubles ni de douleurs à la miction. Jamais de pertes de sang dans l'intervalle des règles. Etat général excellent, sauf obésité marquée.

Conicité cervicale, opérée par discision bilatérale. Deux séries de dilatations successives suivies de curettage n'ont donné aucun résultat. (1)

Examen. — A l'examen le col est bilabié et se trouve rejeté dans le cul-de-sac antérieur. Le corps de l'utérus semble augmenté de volume et occupe le Douglas étant fléchi en rétroversion.

A droite, on trouve un ovaire prolabé très augmenté de volume, douloureux à la pression.

1. Observation due à son mari, médecin.

A gauche, les annexes semblent normales et à peine sensibles.

Opération le 11 mai 1907.

Laparotomie médiane sus-pubienne.

Après ouverture du péritoine, on voit dans le petit bassin un gros utérus (augmenté surtout de volume au niveau du fond) en rétroversion complète et des lésions accentuées des annexes droites et gauches.

La trompe gauche repliée en arrière sur elle-même à partir de sa moitié externe, passe en écharpe sur l'ovaire correspondant qu'elle bride et vient adhérer fortement par son pavillon à la face postérieure de l'utérus, à 1 centimètre $1/2$ en dedans et au-dessous de la corne utérine.

Libéré de ses adhérences utérines, le pavillon tubaire montre ses franges soudées et agglutinées obstruant complètement l'orifice abdominal de l'oviducte. On les détache doucement les uns des autres jusqu'à ce qu'il soit possible d'introduire le bord d'une sonde cannelée dans le conduit tubaire dont on assure la perméabilité par une double incision sur deux points opposés du bout libre et en plaçant autour de lui en couronne quatre ou cinq points de suture au catgut fin.

L'ovaire gauche, gros comme un œuf de pigeon présente une surface dure, nettement sclérosée, soulevée de place en place par de *petits kystes à contenu séreux*. Sa face postérieure porte un corps jaune hypertrophique du volume d'une noisette qui s'énuclée avec la plus grande facilité laissant à sa place une cavité régulière que l'on comble par quelques points au catgut passant en plein tissu ovarien.

Ouverture au thermocautère des kystes disséminés à la surface de l'ovaire et ignipuncture de l'organe. Deux points de suture fixent à l'ovaire le pavillon de la trompe.

La trompe droite ne présente pas d'adhérences avec les organes voisins ; son calibre est assez régulier, sans dilatations notables, mais les franges de son pavillon soudées entre elles comme du côté gauche, obstruent également l'orifice abdominal. Même traitement que du côté gauche.

L'ovaire droit plus volumineux que le gauche présente les mêmes lésions de sclérose ignipuncture.

L'utérus est ramené en place ; fixation intra-abdominale des ligaments ronds. Son fond est parsemé d'arborisations vasculaires, sa paroi postérieure est libre d'adhérences.

Fermeture de la paroi sans drainage. Guérison après des suites opératoires normales et apyrétiques.

OBSERVATION III

(M. Richelot, *in* thèse de Hepp.)

M^{lle} H..., vingt ans sans profession, vierge.

Est une grande jeune fille, forte, d'apparence très florissante, mais se plaignant souvent de migraines, de névralgies, présentant de l'acné faciale très accentué. Elle est très nerveuse.

Depuis plusieurs années elle souffre constamment dans le bas-ventre ; elle a des pertes fluides, abondantes et son état ne s'est amélioré sous l'influence d'aucun traitement médical. A l'examen on constate un petit utérus très mobile, tantôt en rétroversion tantôt droit à col conique peu entr'ouvert. Les annexes paraissent saines, elles sont toutefois douloureuses à la pression.

Diagnostic. — Fausse métrite chez une arthritique nerveuse. Ovaires polykystiques.

Intervention double le 28 avril 1898.

1^o Curettage avec précautions pour l'hymen ;

2^o Laparotomie exploratrice. Utérus petit, *normal*, mobile, aucune altération péritonéale. Par contre, on trouve deux gros ovaires *polykystiques* vrais, gros chacun comme un petit œuf.

Ignipuncture profonde des ovaires.

Suites parfaites, sauf une exagération temporaire du nervosisme.

Au bout d'une quinzaine de jours, état parfait : la souffrance a disparu. L'acné s'atténue.

Régime alimentaire. —

OBSERVATION IV (personnelle)

Petits kystes hématiques de l'ovaire

M. G..., âgée de vingt ans.

Père alcoolique.

Mère morte de péritonite.

Réglée à douze ans, régulières, douloureuses avant et pendant l'hémorragie. Très abondantes (huit jours au moins).

Mariée à dix-sept ans.

Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Les règles continuent à être douloureuses après le mariage. Elles sont aussi abondantes. Il y a un an (1904) la malade a eu une métrorragie, quinze jours environ après ses règles, qui a duré cinq à six jours avec recrudescence de douleurs. Cette perte a été suivie de quelques pertes rosées, fluides, non purulentes, qui ont cessé avec les règles suivantes pour ne plus reparaitre.

En juillet 1904, angine consécutive à l'ablation de polypes muqueux des fosses nasales.

En octobre 1904, la malade éprouve des douleurs vives dans les reins et dans les deux fosses iliaques et surtout à droite. Etant devenue nerveuse et impressionnable elle va voir un médecin qui fait le diagnostic de grossesse au début. Elle a d'ailleurs tous les symptômes de la grossesse (vomissements, collostrum, nervosité, etc.).

Son ventre augmente de volume et elle croit sentir remuer l'enfant.

La malade a d'ailleurs toujours été nerveuse, ayant de fréquentes colères, sans jamais avoir de crises d'hystérie vraies. Pas d'anesthésie pharyngée.

Elle vient consulter M. Doléris, qui fait le diagnostic de grossesse nerveuse. A partir de ce moment le ventre diminue progressivement de volume. Les règles qui avaient notablement diminué au moment de la grossesse nerveuse n'ont pas augmenté depuis et sont précédées de deux jours de douleurs très vives qui forcent la malade à se coucher.

Les rapports sexuels sont devenus très douloureux et presque impossibles.

Examen. — Au toucher on trouve un col petit rejeté en avant derrière le pubis.

Le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse dure, mobile, douloureuse au toucher et aux rapports sexuels qui semble être le fond de l'utérus. Celui-ci n'est pas senti en effet au palper bimanuel rendu difficile par une paroi épaisse.

Culs-de-sacs latéraux libres.

L'ovaire droit est gros, douloureux au palper.

L'ovaire gauche semble normal.

Opérée le 22 mai 1905.

Dès l'ouverture du ventre pratiquée sur la ligne médiane, on trouve un paquet épiploïque faiblement adhérent aux annexes.

Annexes droites. — La trompe très longue (20 cent. environ) est sinueuse et rouge, le pavillon est congestionné et présente à sa surface des vaisseaux distendus.

L'ovaire est augmenté de volume et kystique. A l'examen plus minutieux on découvre une poche kystique contenant du sang rouge. A côté de cet hématome se trouve un corps jaune kystique.

Du côté gauche, la trompe est aussi volumineuse sinon plus; elle présente un noyau induré au niveau de son extrémité; de plus elle est beaucoup moins longue que la droite, mais elle paraît plus malade qu'elle. Par contre l'ovaire gauche, tout en contenant quelques petits kystes, est moins malade que le droit; aussi après avoir libéré les deux annexes de leurs nombreuses adhérences on se résout à enlever l'ovaire droit et la trompe gauche et ramenant en arrière de l'utérus la trompe droite qui est très longue, on agrandit son orifice pour la fixer à l'ovaire gauche par quatre petits catguts. L'utérus est alors libre et maintenu en bonne place par fixation intra-abdominale des ligaments ronds (Procédé de M. Doléris).

Examen des pièces. — L'ovaire droit volumineux, surtout du fait de ses deux kystes hématiques, présente une légère sclérose.

La trompe gauche est épaissie, mais la muqueuse examinée au microscope est entièrement saine.

Nulle part on ne trouve de lésions pouvant faire penser à un processus inflammatoire.

OBSERVATION V (Personnelle)

Rétroversion. — Ovaires scléro-kystiques chez une multipare

Hélène J..., âgée de vingt ans, entre à l'hôpital Boucicaut le 6 décembre 1904 pour douleurs abdominales.

Père, quarante trois ans, bien portant. Mère, quarante-deux ans.

Trois frères et trois sœurs bien portants.

Diphthérie à six ans, opérée de la trachéotomie. Tempérament anémique.

Il y a deux ans, douleurs abdominales vives s'étendant surtout du côté des reins et du coccyx. Soignée en Allemagne par un médecin qui constate une rétroversion, mais ne la réduit pas.

Vient en 1901 à la consultation de la Maternité de Boucicaut où elle reste au repos avec injections chaudes et sort sans vouloir laisser opérer sa rétroversion.

Entre à Boucicaut de nouveau le 6 décembre 1904 où on l'examine :

Examen. — La position de l'utérus est horizontale ; légèrement rétroversé et latéroversé à droite. Les annexes droits éloignés de l'utérus sont *prolabées*, douloureuses à la pression. Les annexes gauches sont également *prolabées*, douloureuses et augmentées de volume.

Opérée le 8 décembre. Laparatomie sus-pubienne.

On trouve un utérus rétroversé recouvert par une vessie élargie et paraissant un peu distendue malgré sa vacuité.

Les *annexes droites* sont libérées de légères adhérences qui se

déchirent très facilement. L'ovaire entouré d'une membrane conjonctive est bourré de petits kystes que l'on ponctionne au thermocautère et d'où s'échappe un liquide clair citrin. La trompe droite semble oblitérée : on l'ouvre au thermo. Elle n'est pas bosselée, semble saine et ne contient pas de liquide.

Les annexes gauches sont atteintes des mêmes lésions : la trompe est saine. perméable : l'ovaire est kystique, présentant au centre un kyste hématique d'où sort un sang noir, chocolat. Ignipuncture de l'ovaire.

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Procédé Doléris).

Suites opératoires normales. A sa sortie, l'utérus est en bonne position, les annexes non douloureuses semblent *petites et normales*.

OBSERVATION VI

Hématosalpinx rompu.

Jeanne V..., vingt-trois ans, ménagère.

Père alcoolique, mère bien portante.

Réglée à treize ans. Régulières, non douloureuses, abondantes.

Mariée à vingt ans. Première grossesse un an après. Grossesse normale, accouchement normal, suites normales, garçon vivant.

Actuellement les règles sont régulières, légèrement abondantes (huit jours), non douloureuses. Jamais de leucorrhée dans l'intervalle des règles.

En mai, les règles durent du 16 avril au 14 mai. Quelques

jours après, premiers jours de juin, apparaissent des douleurs continues avec crises paroxystiques, jour et nuit obligeant la malade à garder le lit tout le mois de juin. Pas de vomissements, pas de pertes. Les règles reparaissent le 16 juin avec assez d'abondance et persistent pendant tout le mois de juillet, jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. Les douleurs disparaissent complètement en même temps qu'apparaissent des pertes de sang. Celles-ci sont d'abord très abondantes avec de nombreux caillots puis diminuent jusqu'à n'être plus qu'un léger suintement.

Le 17 juillet les douleurs reparaissent très vives dans le bas-ventre et dans les reins accompagnées de nausées qui obligent la malade à garder le lit.

Entre à l'hôpital le 23 juillet avec diagnostic de fausse couche. Pas d'augmentation de grosseur du ventre, ni des seins, pas de ligne brune abdominale, pas de vomissements.

Au palper, on sent dans le ventre une tumeur volumineuse occupant la partie gauche du bassin qu'elle déborde légèrement en haut, tumeur douloureuse à la pression, irrégulière, bosselée.

Au toucher, on sent l'utérus gros, légèrement refoulé à droite ; le col est gros et mou. Dans le cul-de-sac droit on sent très haut les annexes droites un peu hypertrophiées, mais pas douloureuses. Au gauche on sent une masse volumineuse qui répond à la tumeur déjà signalée.

Par le toucher rectal on sent facilement le corps de l'utérus en rétroversion peu accentuée, et à sa gauche la tumeur qui s'enfonce en arrière dans le cul-de-sac de Douglas.

Pas de ballonnement, pas de liquide péritonéal, pas de bruits

de souffle. On diagnostique une grossesse extra-utérine au deuxième mois et on décide l'intervention.

Opérée le 24 juillet. — Laparotomie. Tumeur ovarienne

Trompe hémorragique ouverte (reproduction d'une aquarelle due à l'amabilité de M. le Dr Doléris)



gauche. Ablation. Adhérence de l'épiploon et d'un anse intestinale au ligament large. Fixation intra-abdominale des ligaments ronds, l'utérus étant légèrement rétroversé, de grosseur normale. A droite, l'ovaire un peu gros porte un kyste qui est ponctionné au thermocautère.

Fermeture du ventre.

Examen des pièces. — La partie ampullaire de la trompe est occupée par un caillot noir consistant, de la grosseur d'une noix ; il adhère solidement à la paroi concave. En enlevant les parties supérieures de ce caillot, on s'aperçoit qu'il n'est pas dans la cavité tubaire, mais au-dessous de la muqueuse. Celle-ci continue ses plis à la surface du caillot. C'est un caillot sous-muqueux.

Cette muqueuse à l'examen anatomo-pathologique est absolument normale ne présentant en aucun point des phases d'hypertrophie. Les coupes faites dans le caillot, dans tous les sens n'ont montré que de la fibrine enserrant des globules plus ou moins déformés et on est obligé de conclure à une hémorragie indépendante de toute grosseur tubaire. (V. fig. ci-contre.)

Suites opératoires excellentes.

Sortie guérie le 24 août.

OBSERVATION VII (résumée)

(Pompe van Meerdervoort, de la Haye. *Revue de Gyn. et Chir. abd.*, no 901, p. 592.)

Hydrosalpinx

M^{me} S..., cinquante-quatre ans, aurait fait il y a vingt-quatre ans une fausse couche de cinq mois. Cependant j'ai des raisons pour mettre ce fait en doute d'autant plus que, à propos de quelques-unes de ses autres assertions, les déclarations de la malade m'ont paru sujettes à caution.

Règles d'abondance moyenne, régulières, d'une durée de trois à quatre jours. Dans cette dernière année les règles ont parfois fait défaut. Depuis trois mois la malade se plaint d'une sensation douloureuse à la vulve, surtout pendant les rapports sexuels, ce qui rend ceux-ci presque impossibles. Depuis un certain temps le flux menstruel est devenu très abondant et ces intervalles entre les époques menstruelles plus courts. Depuis quatre semaines léger écoulement sanguin.

L'utérus, en antéflexion, n'est pas augmenté de volume. A droite les annexes sont normales. L'ovaire est mobile, il ne présente pas d'augmentation de volume. La trompe n'est pas perceptible au toucher. A gauche on sent une tumeur élastique de la grandeur d'un œuf de poule, laquelle est mobile et peu sensible. L'ovaire n'est pas senti.

Diagnostic. — Pseudo-métrite de la muqueuse utérine. Dégénérescence polykystique de l'ovaire gauche.

Première opération. — Les symptômes n'ayant pas cédé à l'ergot de seigle on fait un curetage.

Vue au microscope la muqueuse présente un aspect que l'on désigne sous le nom d'hypertrophie de la muqueuse avec de légères modifications des glandes et œdème du stroma.

Les phénomènes morbides réapparurent au bout de quatre mois avec recrudescence des douleurs à gauche, et augmentation de la tumeur.

Écoulement séreux abondant ; la tumeur devient de la grosseur du poing.

Deuxième opération. — Laparotomie, ouverture par incision médiane. L'utérus et les annexes droites n'offrent rien d'anormal. A son extrémité utérine, la trompe gauche est normale sur une étendue d'environ 5 centimètres, puis elle s'élargit

et forme une tumeur cylindrique d'une couleur bleuâtre. *L'orifice abdominal de l'oviducte est oblitéré.* L'ovaire de volume normal est situé derrière la tumeur. Nulle part la trompe dilatée n'offre des adhérences avec les parties avoisinantes, le ligament large est élargi en forme d'éventail ; il est mince et ne présente d'épaississement en aucun point.

La tumeur fut ponctionnée avant son ablation ; après l'issue d'un liquide séreux et clair la trompe, fortement dilatée, s'affaissa et le plissement normal de la muqueuse tubaire reparut. L'examen au microscope ne présentait rien de bien saillant. Çà et là des plis de la muqueuse s'étaient accolés à leur extrémité. Les cellules épithéliales contenaient un protoplasme clair ; leur forme était tantôt cubique, tantôt légèrement cylindrique, on ne trouve que quelques rares leucocytes.

OBSERVATION VIII

(Maurange. — *Ann. de Gyn.*, juillet 1893.)

Femme de vingt-neuf ans qui eut un accouchement normal en 1891. Le 8 mars 1892 elle fut prise de vomissements et de syncope avec apparition d'une tumeur fluctuante et douloureuse à droite de l'utérus. Le 18 mai, laparotomie par Pozzi : foyer hémorragique limité en haut par les intestins avec un demi-litre de caillots. Ablation de l'ovaire et de la trompe du côté droit. Sur l'ovaire, plusieurs kystes folliculaires dont un volumineux (œuf de pigeon) rompu et qui était la cause de l'hémorragie.

OBSERVATION IX

(O. Bürger. — *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*,
t. II, 1904.)

Chez une multipare de trente-sept ans, très affaiblie par de graves hémorragies utérines, on trouva à l'ouverture du cœlome à la place de l'ovaire gauche une tumeur aplatie qui fut extirpée. Cette dernière était formée de follicules ayant subi la dégénérescence kystique et des corpora lutea spuria. Sous l'influence d'une très forte hyperémie les capillaires entourant les corps jaunes avaient été l'origine d'une hémorragie qui avait envahi tous les tissus, nécrosant le tissu à lutéine, dissociant les kystes, perçant leur membrane, pénétrant à l'intérieur et, finalement, déversant le sang à flots dans le cœlome. La dernière hémorragie qui avait présenté une gravité extrême avait coïncidé avec la poussée menstruelle.

OBSERVATION X (personnelle)

Hémosalpinx ouvert dans le péritoine

Rose C..., âgée de trente ans, ménagère.

Père bien portant. Mère morte d'une affection abdominale dont la malade ne peut déterminer la nature.

Deux frères en bonne santé.

Etant enfant, aucune maladie infectieuse.

A l'âge de vingt ans a été traitée pour de l'anémie : elle était faible et la tête, dit-elle, lui tournait facilement.

Réglée à quinze ans ; perd peu, un ou deux jours au plus, une seule fois, puis ne voit plus rien jusqu'à l'âge de dix-huit ans.

Dans le cours de sa dix-huitième année, elle est réglée trois fois, chaque période menstruelle durant quatre jours et ne s'accompagnant d'aucune douleur.

Puis nouvel arrêt de la menstruation jusqu'à l'âge de vingt et un ans.

A vingt et un ans la menstruation s'établit d'une façon définitive.

Les règles surviennent pendant quatre jours peu abondantes et sans douleurs tantôt le 1^{er} et tantôt le 15 du mois avec un retard toujours assez long.

Elle a eu trois grossesses, toutes trois terminées par des fausses couches.

La première grossesse à l'âge de vingt-six ans (1900), terminée par un avortement de six mois et demi à l'hôpital Boucicaut, sans cause connue.

La deuxième grossesse terminée par un avortement de cinq mois en juillet 1903.

La troisième grossesse terminée par un avortement de quatre mois. Pertes sanguines durant quatre à cinq jours, sans fièvre, ni trace d'infection.

En janvier dernier (1904) elle a eu quelques pertes de sang (18 et 19 janvier).

Jamais de pertes blanches. Jamais de fièvre après ses fausses couches.

La recherche des antécédents spécifiques à laquelle nous oblige l'existence de ces trois avortements est sans résultat.

Le mari est bien portant, employé aux Omnibus.

La malade est d'un tempérament nerveux : elle pleure facilement et souvent sans raison. Elle présente de l'hypoesthésie générale à la figure : une notable diminution de la sensibilité vélo-palatine. Jamais de crises ni de perte de connaissance. Aucune dysménorrhée ni troubles intestinaux.

Température toujours voisine de 37 degrés.

Pouls à 80 et de bonne tenue.

Urines normales.

Examen local, 19 janvier 1904. — Le toucher montre un col souple et mou.

L'utérus est antéfléchi. En arrière et à droite on trouve une tumeur volumineuse adhérente à la face postérieure de l'utérus saillante dans le Douglas et douloureuse. L'utérus est immobilisé par cette masse, semblant surtout fixé à sa partie postérieure. *On pense à une hématocele rétro-utérine.*

Mise au repos, elle est examinée le 8 février par M. Doléris.

Il constate que le cul-de-sac postérieur se dégage ; le col et l'isthme sont mobiles ; de chaque côté on sent les annexes prolabées et un peu volumineuses, il reste des brides antéro-postérieures partant de la partie postérieure du bassin et venant se fixer sur la face postérieure de l'utérus principalement à droite, environ à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs. Quant au corps de l'utérus il a une forme sphérique et plus volumineuse qu'à l'état normal. Ces adhérences se rencontrent surtout dans l'hématocele plutôt que dans les formes infectieuses. Depuis son entrée à l'hôpital, la malade a des pertes peu abondantes mais continues.

Opération le 15 février 1904 par M. Doléris.

Laparotomie. Incision sous-ombilicale de 10 centimètres environ.

A l'ouverture du ventre, on tombe sur l'utérus : celui-ci est en antéverson normale, de forme et de volume un peu augmentés.

Sur la face postérieure de l'utérus allant jusqu'à la paroi postérieure du bassin nous voyons tendue une corde épiploïque un peu moins volumineuse que le petit doigt et s'insérant en avant à mi-hauteur de la face postérieure de l'utérus, mais remonté jusqu'au voisinage du fond, ce funicule épiploïque adhère en arrière aux anses intestinales et avait été très bien perçu au moment de l'examen clinique de la malade.

Une ligature au catgut est pratiquée à son insertion utérine et section en est faite à l'aide de la pointe du thermocautère.

On passe à l'examen des annexes : les annexes droites légèrement adhérentes à l'épiploon sont attirées en avant. L'ovaire légèrement augmenté de volume ne présente aucune lésion macroscopique.

La TROMPE DROITE accolée à l'ovaire est dilatée en infundibulum dans sa partie correspondant au pavillon. Sa portion frangée corolliforme est véritablement béante, comme si l'ostium abdominale avait éclaté. En ce point réside un caillot que l'on enlève. A l'aide du thermocautère on libère le paquet annexiel de ses attaches à l'épiploon et à l'intestin, on détruit de fausses membranes péritubaires et on remet les annexes droites en place.

Les annexes gauches examinées à leur tour sont plus basses, plongeant presque dans le Douglas. Des néomembranes sont libérées au thermocautère ; la trompe gauche ne nous paraît point altérée ; l'ovaire est peu volumineux et présente un gros point grisâtre que l'on suppose être un corps jaune.

En résumé, on a fait une opération purement conservatrice,

on a libéré l'utérus de ses brides adhérentielles et on a dégagé les deux paquets annexiels des néomembranes fixatrices.

Fermeture du ventre suivant le procédé habituel.

Les suites opératoires furent excellentes et apyrétiques.

L'examen histologique très soigneusement fait par raclage, coupe dans le petit caillot et les adhérences n'ont montré nulle part d'éléments syncytiaux, indice nécessaire des éléments de l'œuf. On en conclut donc qu'on se trouve en présence d'un *hémosalpinx* ouvert dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION XI (personnelle)

Mlle Th..., trente-trois ans.

Père mort accidentellement.

Mère bien portante.

A quatre sœurs qui ont eu des enfants.

Réglées à vingt ans, douloureuses, régulières, peu abondantes (un à deux jours).

Mariée à vingt-deux ans.

A vingt et un ans la malade a eu l'accident suivant : descendant un escalier, son pied manque une marche et la jambe raidie porte à faux sur la deuxième marche inférieure d'où secousse violente dans le bas-ventre avec sensation de déchirure ou de décrochage, avec une douleur indéfinissable dont la malade n'a jamais perdu la mémoire.

Actuellement les règles sont régulières (la malade n'a jamais eu de retards), douloureuses et peu abondantes.

Elle se plaint de douleurs fréquentes dans la région lombosacrée. Douleurs dans la région abdominale droite. Frigidité au coït ; sensations nulles. Etat nauséux.

Elle a presque toujours des douleurs intestinales sourdes s'exagérant souvent au moment de la défécation. Elle est légèrement névropathe ; sensibilité, larmes faciles, toux nocturne utérine, congestions faciales. Jamais de crises de nerfs. Etat général excellent.

Va consulter le Dr Doléris le 4 juin 1907.

Examen. — A l'examen on trouve au toucher le col de grosseur et de consistance normales occupant le cul-de-sac antérieur du vagin. Le corps de l'utérus présente une rétroversion non réductible et lorsqu'on la réduit partiellement, on a la sensation d'entraîner la paroi rectale.

L'ovaire droit est prolabé et douloureux à la pression, la trompe paraît doublée de volume et elle est aussi sensible au toucher.

Diagnostic. — Rétroversion adhérente. Ovarite kystique droite.

Opérée le 9 juin 1907.

Laparotomie médiane sus-pubienne.

Après incision de la peau et du plan musculo-aponévrotique, on constate que le péritoine pariétal adhère au grand épiploon sur la ligne médiane et de chaque côté de cette ligne sur une étendue de plusieurs centimètres. Libération de ces adhérences et résection de quelques fragments d'épiploon.

L'examen du petit bassin permet alors de voir un utérus entièrement rétroversé et de chaque côté de cet utérus des annexes manifestement malades.

La trompe et l'ovaire gauches soudés l'un à l'autre par un exsudat organisé, adhérent à l'intestin grêle par quelques tractus peu solides que le doigt détache assez facilement. L'extrémité ovarienne de la trompe est fortement fixée à la paroi laté-

rale gauche du petit bassin sur une étendue de 2 à 3 centimètres par des adhérences solides.

Exploré sur tout son trajet, le cordon tubaire présente un calibre régulier et n'offre pas de dilatation kystique, mais ses parois sont friables et se déchirent sur une étendue de 2 centimètres environ pendant qu'on cherche à libérer l'organe. Le feuillet postérieur du ligament large se déchire également sur une étendue de 5 à 6 centimètres.

L'ovaire un peu augmenté de volume, est solidement accolé à la trompe et ne peut en être séparé qu'au moyen du thermocautère ; sa paroi est dure et sa surface présente quelques kystes. Ignipuncture de l'ovaire ; surjet au catgut sur la portion déchirée de la trompe. Reconstitution du ligament large dans sa partie déchirée par un second surjet.

La trompe et l'ovaire droits présentent des lésions beaucoup plus marquées que les annexes gauches. La trompe dilatée dans son tiers externe se décolle avec peine ; on l'amène au dehors et on voit une cavité du volume d'une grosse amande à contenu *franchement hématique*. L'ovaire, gros comme un œuf de pigeon a des parois molles et friables, se déchire sous le doigt et donne naissance à du liquide hématique. Ovaire et trompes sont enlevées. Le *fond de l'utérus* un peu augmenté de volume, renversé dans le cul-de-sac de Douglas est parsemé à sa surface d'arborisations vasculaires. En attirant l'organe en avant pour corriger la rétrodéviation, on s'aperçoit que sa face postérieure tient fortement au rectum et à la paroi postérieure du petit bassin par des tractus dont quelques-uns sont rompus avec le doigt tandis que d'autres plus solides sont sectionnés au thermocautère.

Fixation de l'utérus par suture des deux ligaments ronds sur la ligue médiane suivant le procédé de M. Doléris.

Fermeture de la paroi.

La malade guérit très bien.

Examen anatomo-pathologique.

A la coupe de cette grosse amande rouge qui s'est énucléée de l'ovaire, on reconnaît un énorme corps jaune contenant de la fibrine, des globules rouges et des cellules épithéliales. Le corps jaune est entouré d'un épithélium simple non déformé. Le reste de l'ovaire est atteint de sclérose diffuse très accentuée.

OBSERVATION II

(Bauby et Certan. — *Gaz. des Hôpitaux*, fév. 1903.)

Kyste hématique des deux ovaires

Elodie R..., trente ans, domestique, entre le 6 mai 1902 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Aucune maladie antérieure.

Réglée à seize ans, bien jusqu'à dix-sept ans elle eut alors une métrorragie abondante durant quinze jours avec de nombreux caillots noirâtres. Médications internes ; affaiblissement.

De dix-sept à vingt ans les règles reviennent tous les quinze jours ; chaque mois est occupée par une période menstruelle de quinze jours suivie d'une égale période de repos.

A vingt-quatre ans (août 1896), accouchement à terme d'un enfant, mort en nourrice au bout d'un mois. Présentation normale. Il n'y eut pas de suites de couches fâcheuses et les règles revinrent un mois après durant sept ou huit jours ; leur régularité n'a plus été troublée et la malade n'a jamais fait de fausse couche.

Au cours de 1898 la malade commença à éprouver des douleurs dans le bas-ventre augmentées par la fatigue et le mouvement améliorées au moment des périodes menstruelles. Ces douleurs étaient sourdes et ne se propageaient pas dans les reins. Cet état fut supporté jusqu'en mai 1902, époque à laquelle la malade entra à l'hôpital.

Traitement. — Repos au lit, injections très chaudes. Bains de siège.

Depuis le mois de mars 1902 l'hémorragie était devenue continue, abondante seulement pendant sept à huit jours, au moment des règles puis constituée seulement par un léger suintement sanguin qui n'obligeait pas la malade à se garnir. Vers la même époque elle aurait senti à la palpation une tumeur dure dans la fosse iliaque gauche.

Les règles reviennent le 18 juin et durent huit jours, mais depuis leur début le ventre est devenu extrêmement douloureux et tendu avec fièvre. La malade est évacuée en chirurgie dans le service du professeur Jeannel (25 juin 1902).

Examen. — L'examen général ne révèle rien de particulier. Au toucher le col de l'utérus est dur ; le corps semble augmenté de volume ; dans les culs-de-sac on sent une masse globuleuse et dure ; le fond de l'utérus semble atteindre l'ombilic. Toutefois le ventre étant encore très douloureux et tendu, cet examen reste fort incomplet. L'exploration de la cavité utérine à l'hystéromètre est impraticable. l'instrument ne pénètre pas.

M. Jeannel porte le diagnostic *d'annexite bilatérale*. Injections chaudes : repos au lit. Au bout d'un mois on pratique l'opération (7 août).

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine pariétal est légèrement adhérent à la face antérieure

de la tumeur médiane ; il est décollé avec les doigts. On se trouve alors en présence d'une tumeur ovoïde tendue, remontant à 4 centimètres environ au-dessous de l'ombilic et ressemblant à un kyste de l'ovaire. *L'utérus* est en avant appliqué contre la symphyse d'aspect et de volume *normaux*.

Au cours des manœuvres d'énucléation de la tumeur ovarienne, celle-ci se rompt sur des compresses laissant échapper une bouillie noirâtre avec un peu de sang fluide et quelques caillots très durs et aplatis semblables à des galets. La poche kystique est saisie par des pinces de Museux qui obturent l'orifice de rupture ; le pédicule est lié et sectionné au thermocautère. Le kyste situé en arrière de la trompe, relié à elle par quelques courtes brides plutôt que par un pédicule est manifestement constitué par l'ovaire en totalité, la trompe et le court pédicule ovarique ne présentent pas la moindre trace de torsion. La trompe correspondante, obstruée et adhérente est secondai-
rement enlevée en totalité.

Du côté droit on trouve un ovaire kystique du volume d'un œuf de dinde avec de nombreuses adhérences intestinales, il se rompt également au cours des manœuvres d'énucléation et laisse échapper un contenu semblable au précédent. Il est enlevé avec la trompe correspondante.

Péritonisation des surfaces cruentées. Sutures. Pas de drainage.

Suites opératoires excellentes. Pas d'élévation de température, réunion par première intension. Sort guérie le 6 septembre.

Examen des pièces. — A gauche, vaste poche kystique uninoculaire d'une capacité de 1 litre et demi, d'une blancheur nacrée à sa surface interne ; la paroi est fibreuse, dure et épaisse sans kystes transparents dans son épaisseur ; à sa face interne sont appliquées des concrétions sanguines et quatre petits

caillots durs en galets de la dimension d'une pièce de 50 centimes. La trompe correspondante est oblitérée par places. Elle ne présente dans son épaisseur ni hydrosalpinx ni hématome ; pas de torsion.

Le kyste de l'ovaire droit, du volume d'un œuf de dinde, présente une paroi de texture analogue à la précédente, fibroïde, avec également quelques concrétions sanguines. Dans l'épaisseur de la paroi on ouvre quelques petits kystes folliculaires de la grosseur d'une pièce de 50 centimes contenant les uns du *sang fluide*, les autres un *liquide aqueux*. La trompe correspondante *perméable* n'est *modifiée en aucun point*.

(Il s'agit ici évidemment d'une femme qui a présenté dès la puberté des troubles menstruels ne pouvant être rapportés qu'à une cause ovarienne et chez laquelle plus tard nous voyons se développer des kystes sanguins qui viennent du même processus.)

OBSERVATION XIII

(Bender et Marcille. — Société Anat., 1904).

La nommée X..., âgée de vingt-six ans, entre le 8 juin 1904 dans le service du professeur Tillaux ; elle présente des signes cliniques tels que l'on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. Le visage est d'une pâleur extrême : les lèvres sont décolorées ; la malade a des bourdonnements d'oreille, elle est considérablement affaiblie et se trouve dans un état presque syncopal. Le pouls est à

peine perceptible et fuit sous le doigt; il est rapide et bat à 150 pulsations.

Les symptômes locaux sont aussi caractéristiques. La malade éprouve dans tout l'abdomen une douleur vague, diffuse s'étendant jusque sous les fausses-côtes. Le ventre est légèrement ballonné, douloureux à la pression; il existe de la matité dans les parties déclives, de la sonorité au niveau de la région ombilicale. Le toucher vaginal montre l'utérus en situation normale; l'exploration attentive des culs-de-sac révèle un léger empatement du côté gauche; la trompe paraît augmentée de volume. Température, 39°5.

Tous ces signes évoquaient naturellement l'idée d'une grossesse tubaire rompue et les commémoratifs semblaient confirmer cette manière de voir : la malade raconte en effet, qu'elle a eu il y a trois mois un retard de règles de quelques jours; puis les règles ont reparu, mais depuis cette époque elles ont été beaucoup plus abondantes et se sont compliquées de métrorragies intermédiaires. Le début des accidents actuels remonte à trente-six heures.

Opération. — La laparotomie est pratiquée d'urgence. Le péritoine ouvert, on constate qu'il s'agit bien d'une inondation péritonéale; l'épanchement sanguin est considérable et atteint environ 1 litre et demi. L'hémorragie paraît arrêtée; il existe du côté gauche un caillot du volume des deux poings situé au-dessus du ligament large et se prolongeant en arrière de ce ligament. Le caillot étant enlevé on voit les annexes augmentées de volume et congestionnées; elles sont extirpées. Les annexes droites sont absolument saines. Les parois de la cavité pelvienne sont normales. L'opération est rapidement terminée et les suites opératoires sont des plus simples.

Examen des pièces. — L'examen des pièces nous réservait une surprise : la trompe ne présentait aucune modification ; quelques franges du pavillon étaient adhérentes à l'ovaire, mais l'orifice abdominal était libre et perméable, le calibre de la trompe était régulier dans toute son étendue et, après incision, la muqueuse fut trouvée parfaitement saine. Entre la trompe et l'ovaire existait une dépression assez profonde, sorte de fossette péritonéale qui était occupée par un prolongement du caillot enlevé au cours de l'opération. Le péritoine qui tapissait la surface de cette poche était absolument lisse et uni ; il était impossible de la considérer comme représentant les débris d'un kyste fœtal. Il fallait donc chercher ailleurs le point de départ de l'hémorragie.

Nous l'avons trouvé au niveau de l'ovaire, il existait, en effet, à la partie supérieure de celui-ci, au voisinage de son extrémité externe, un petit kyste à parois très minces, à contenu hématique gros comme une noisette et qui présentait une déchirure assez large. Par cette déchirure il fut possible d'extraire un caillot rétracté et lobulé qui n'adhérait en aucun point aux parois du kyste. Le tissu ovarien, à la périphérie du point d'implantation de ce kyste était le siège d'une infiltration sanguine accentuée. L'ovaire était légèrement augmenté de volume et contenait un certain nombre de petits kystes.

Il existait évidemment une grande disproportion entre les lésions de l'ovaire et l'abondance de l'hémorragie qui en était résultée. Mais comme au cours de l'opération et malgré une exploration soigneuse nous n'avions rien trouvé qui pût nous expliquer la genèse de l'inondation péritonéale, nous fûmes conduits nécessairement et par exclusion à l'attribuer à la rupture de ce petit kyste ovarien.

Ce premier point acquis, il restait à déterminer la nature précise de la lésion ovarienne. La solution de cette question ne pouvait nous être fournie que par l'examen histologique. Il pouvait s'agir en effet :

1° Soit d'une grossesse ovarienne ;

2° Soit d'une hémorragie dans un kyste folliculaire ou dans un kyste du corps jaune.

Cette dernière hypothèse nous paraissait la plus vraisemblable, car nous avons eu l'occasion d'observer précédemment, un certain nombre de cas de corps jaunes extraordinairement distendus par un épanchement sanguin et dont l'un atteignait les dimensions d'une mandarine.

Nous avons donc pratiqué, après inclusion à la paraffine :

1° Des coupes du caillot sanguin contenu dans le kyste ;

2° Des coupes rigoureusement sériées comprenant toute l'épaisseur de l'ovaire suivant son petit diamètre ainsi que les débris des parois du petit kyste rompu. Cet examen nous a donné les résultats suivants :

Le caillot tout d'abord nous apparaît formé par un réticulum fibrineux, enserrant dans ses mailles des globules rouges, des globules blancs et des amas de pigment sanguin. A la périphérie du caillot étaient restées adhérentes des cellules arrondies ou polyédriques, qu'il était facile de reconnaître comme étant des cellules de la « granulosa » d'un follicule ovarien. La plupart de ces cellules étaient tuméfiées augmentées de volume.

Les coupes de l'ovaire nous ont montré des lésions absolument identiques au niveau des divers points considérés. Il était assez difficile de reconnaître avec précision les limites du kyste rompu, car au niveau de son point d'implantation le parenchyme ovarien était, comme nous l'avons dit, le siège d'une infil-

tration sanguine extrême. Cependant en étudiant un certain nombre de coupes voisines il fut possible de se rendre compte que la paroi du kyste était formée par une sorte de membrane fibreuse dense, contenant des vaisseaux sanguins nombreux et très dilatés.

Cette couche se continuait sans ligne de démarcation avec le stroma conjonctif de l'ovaire dont elle n'était qu'une condensation ; en de nombreux points les faisceaux conjonctifs étaient complètement dissociés par le sang extravasé.

La surface interne du kyste était dans la plus grande partie de son étendue dépourvue de revêtement épithélial et recouverte de placards de fibrine ; mais en certains points particulièrement favorables on retrouvait des débris d'une couche épithéliale formée par des cellules cubiques à noyau fortement coloré, disposées en trois ou quatre assises : c'était à n'en pas douter des cellules de la « granulosa » folliculaire, et cela nous permettait d'affirmer que l'hémorragie s'était faite dans un follicule kystique ; on retrouvait d'ailleurs à la surface extérieure de ce kyste un revêtement de cellules cubiques ou plus ou moins aplaties qui se continuait avec l'épithélium superficiel de l'ovaire. Ceci montrait bien que le kyste s'était développé dans l'épaisseur de l'ovaire et s'était ensuite partiellement énucléé.

L'ovaire contenait, ainsi que nous l'avons dit, un certain nombre de petits kystes de dimensions variables : la plupart de ces kystes étaient des kystes folliculaires ; d'autres plus superficiels dérivés d'enfoncements de l'épithélium germinatif. Tous ceux de ces kystes qui avoisinaient le kyste hématique rompu étaient remplis de sang et très distendus. On trouvait par ailleurs un assez grand nombre de follicules en voie de

maturation et quelques corps jaunes à un stade de régression plus ou moins avancé.

Les résultats de l'examen histologique étaient des plus probants, il ne s'agissait évidemment pas d'une grossesse ovarienne car nous n'avions pas retrouvé d'éléments ovulaires ; il n'existait en aucun point de formation offrant une analogie quelconque avec les villosités choriales. En revanche la topographie même du kyste, l'existence à sa surface d'un revêtement cellulaire se continuant avec l'épithélium superficiel de l'ovaire, la constatation en certains points bien conservés de sa face interne d'amas cellulaires représentant certainement des débris de la granuleuse, nous permettaient d'affirmer qu'il s'agissait là d'un *kyste folliculaire hémorragique*. Il est vraisemblable que l'hémorragie a tout d'abord distendu le kyste folliculaire et que la rupture n'a eu lieu que secondairement.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

Rétroversion. — Ovaires scléro-kystiques chez multipare

M^{me} O..., âgée de vingt-six ans, n'a jamais été malade ; mais a toujours été anémique.

Règles à quatorze ans, régulières, douloureuses avant et pendant, peu abondantes.

Etant jeune fille, la malade avait dans l'intervalle des règles des pertes fluides assez abondantes venant pour ainsi dire en jet.

Mariée à vingt-deux ans.

Après son mariage, les règles sont un peu plus abondantes, mais toujours douloureuses. Quelques mois après son mariage,

métrorragie durant cinq à six jours qui n'empêche pas la malade de continuer ses occupations. Depuis ce moment elle souffre de l'estomac, a des douleurs pendant la marche dans les aines et les genoux.

Vient consulter à la Maternité de Boucicaut le 14 mars 1899, pour douleurs continuelles dans les reins et les aines.

Examen. — A l'examen on trouve un utérus sain, col conique et perméable : longueur utérine 7 1/2. Il est en rétroversion sans flexion. L'ovaire gauche prolabé est gros et douloureux.

Opérée le 4 avril. — Laparotomie. L'utérus, légèrement rétroversé est normal ; le fond paraît congestionné, recouvert de grosses veines violacées. La face postérieure de l'utérus est fixée au Douglas par des adhérences que l'on détruit facilement.

L'ovaire gauche est doublé de volume et présente une grande quantité de petits kystes variant de la grosseur d'un pois à celui d'un grain de millet. Cet ovaire est dur à la coupe, et sclérosé ; il est congestionné et saigne facilement. La trompe, perméable, paraît saine dans toute son étendue. On enlève l'ovaire gauche.

Ignipuncture de l'ovaire droit moins scléreux que le gauche. Fixation intra-abdominale des ligaments ronds.

Fermeture du ventre.

La malade sort guérie le 30 avril.

OBSERVATION XV (personnelle)

Kystes hématiques du ligament large

M^{me} G..., âgée de vingt-six ans, a été réglée à quatorze ans régulièrement. Ses règles ont toujours été douloureuses et assez abondantes.

Mariée à vingt ans, elle n'a jamais eu de pertes blanches. Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

Il y a trois ans ses règles sont devenues de plus en plus douloureuses et de moins en moins abondantes. Les douleurs ont progressivement augmenté jusqu'à ces temps derniers avec recrudescence au moment des règles, ce qui la détermine à venir consulter le Dr Doléris.

Son ventre a progressivement augmenté de volume.

Examen. — A l'examen on trouve une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus occupant toute la fosse iliaque gauche, indépendante de l'utérus, qui est petit et semble normal. Cette tumeur est mobile et rénitente.

A droite on sent une tumeur un peu moins volumineuse ayant les mêmes caractères que la précédente.

Opérée le 22 avril 1904. — A l'ouverture du ventre, tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, à parois minces, lisses, à contenu transparent, violâtre, occupant la région antéro-latérale gauche dépassant l'ombilic par en haut et descendant dans la région moyenne de l'excavation. Au-dessous d'elle et en arrière, seconde tumeur rénitente et liquide du volume d'une noix de coco, occupant la moitié droite de l'excavation, très tendue et très dure, à l'examen digital pré-opératoire.

Quelques adhérences relient l'une et l'autre tumeurs à la paroi pelvi-lombaire.

Ponction de la première tumeur donne 1 litre environ de liquide couleur café.

Destruction de quelques adhérences. Saisie d'un pédicule large.

La seconde tumeur, dégagée, est amenée dans la plaie abdo-

minale ; elle est croisée en sautoir par la trompe très distendue à partir de son orifice utérin et à parois minces.

Ponction de la tumeur qui se vide ainsi que la trompe.

Même liquide couleur café, lie de vin.

Pédiculisation de la première tumeur et ablation au ras de la corne utérine gauche.

Le ligament large est désinséré sur toute la hauteur.

Suture au catgut en surjet de la paroi séreuse le long de l'utérus.

A droite, même opération.

L'ovaire est enlevé avec la tumeur (à droite).

Ligature indépendante des deux ligaments infundibulo-pelviens.

A l'examen anatomique. — Chaque tumeur est constituée par un sac à parois laminées, à structure probablement fibrineuse, organisée, dans lequel vient s'ouvrir par un large orifice le pavillon tubaire, dont les franges apparaissent nettement au pourtour de l'orifice d'entrée dans la tumeur.

La communication entre la cavité de la tumeur et la trompe est fort large et cette dernière, distendue comme le pouce, au moment de l'opération, affaissée ensuite montre bien la libre communication du liquide de l'une dans l'autre.

Le plus intéressant de cette observation, c'est qu'en somme ces tumeurs étaient très nettement dégagées de toute adhérence postérieure, très bien isolées par conséquent, à surface lisse et unie, ne présentant d'adhérences qu'en bas au fond du Douglas et sur les côtés où les adhérences se confondaient avec la base du ligament large.

C'était tout l'aspect de tumeurs ayant une origine intra-ligamentaire, tant par leur siège que par leur fusion intime en avant avec chacun des ligaments larges et l'indépendance du conduit tubaire très large de l'orifice utérin au pavillon, chaque trompe paraissant appliquée sur la tumeur par son méso-salpinx.

C'est en somme la disposition même et l'indépendance du pavillon s'ouvrant dans la tumeur qui a montré la présence de kystes adventices devenus indépendants, développés dans l'épaisseur d'exsudats *anciens* et *successifs* organisés.

CONCLUSIONS

Le groupe confus des annexites doit être divisé en deux classes distinctes par leur étiologie, par l'étendue de leurs lésions et par leurs symptômes : à la première appartiennent les annexites vraies, infectieuses, soit qu'il s'agisse d'inflammations aiguës (salpingite, ovarite, péritonite, puerpérisme, blennorragie, traumatismes utérins septiques, etc.), soit qu'il s'agisse d'inflammations chroniques et plus ou moins atténuées (gonorrhée, saprophytes réviviscents, etc.).

A la seconde appartiennent les *fausses annexites* ou pseudo-annexites que nous avons eu en vue dans ce travail.

Ces troubles ne relèvent d'aucun processus infectieux et peuvent être assimilés, troubles vasculaires ou sécrétoires, à un traumatisme dans lequel l'hyperémie excessive devient le facteur direct d'écoulements sanguins, séro-sanguins, séreux ou muqueux.

1° Cette hyperémie anormale, surtout lorsqu'elle porte sur un sujet névropathe ou voué à la sclérose, peut amener une viciation de la ponte ovulaire chez

la jeune fille au moment de la puberté qui se retrouvera à l'âge adulte, à l'occasion des congestions menstruelles et même intermenstruelles.

Cette ponte ovulaire, viciée, détermine au moment de la déhiscence de l'ovule des hémorragies anormales par leur abondance d'où dérivent des exsudats pelviens plus ou moins abondants. Ces exsudats peuvent se résorber, comme dans la ponte normale. Lorsqu'au contraire ils dépassent une certaine mesure, ils s'organisent et laissent des adhérences en général limitées au pourtour de la trompe et de l'ovaire : ils fixent ces organes en position vicieuse les font adhérer l'un à l'autre et déterminent parfois des troubles définitifs au point de vue du fonctionnement de ces organes, comme s'il s'agissait d'exsudats infectieux.

Nous avons expérimentalement déterminé des hémorragies dans le péritoine des lapines pour pouvoir étudier à loisir l'évolution du sang et des caillots.

2° Les trompes bien que ne participant pas normalement aux hémorragies menstruelles, peuvent dans certains cas d'hyperémie anormale être le siège d'une exhalaison sanguine qui se déverse en général dans le péritoine ; le sang en petite quantité peut être résorbé, mais lorsqu'il atteint un certain volume, il s'organise, forme des adhérences qui pourront souder ensemble les fimbriæ de la trompe. On aura ainsi l'hématosalpinx par rétention.

Les trompes contiennent normalement un exsudat séreux qui lubrifie la muqueuse et se déverse dans le

péritoine où il est résorbé. Ce liquide peut augmenter considérablement sous l'action d'une congestion anormale, à laquelle participent les franges du pavillon qui sont rouges, gorgées de sang et très augmentées de volume. Cette tuméfaction ne laisse plus pour ainsi dire, qu'un orifice virtuel à l'orifice externe de la trompe : un processus exsudatif lute pour ainsi dire les franges du pavillon et en forme une masse compacte. L'hydrosalpinx mécanique est ainsi constitué en dehors de tout processus infectieux.

L'expérimentation et la clinique confirme ces hypothèses. La ligature des trompes chez les lapines au niveau du pavillon, nous a toujours donné un hydrosalpinx.

La ligature au niveau de la corne utérine n'a amené aucun changement dans le volume ou l'histologie de la trompe.

L'inclusion d'un segment tubaire entre deux ligatures a donné un hydrosalpinx dont le maximum se trouvait du côté du pavillon de la trompe.

3° Enfin l'ovaire et la trompe peuvent dans des états constitutionnels donnés (arthritisme, nerveuses), résultat d'une tare héréditaire, être le siège de troubles nutritifs et circulatoires qui amènent les microkystes ovariens, les scléroses tubo-ovariennes.

4° Les causes de ces lésions annexielles non infectieuses résident dans les congestions actives, résultat d'un refroidissement, d'un spasme nerveux, d'un excès génésique, d'un traumatisme direct ou de perversions génitales ; dans les congestions passives,

résultat des déviations utérines, de ptoses abdominales, de prolapsus. Enfin, dans la diathèse arthritique qui, selon le Pr Bouchard, « est une aberration de la nutrition qui détermine un éréthisme nerveux, un éréthisme circulatoire et des tendances congestives. »

5° Les fausses annexites ont des *symptômes* moins bruyants que les annexites vraies ; celles-ci en effet envahissent insidieusement les organes pelviens, déterminent des leucorrhées fluides, des hémorragies des douleurs peu vives et intermittentes. Elles évoluent toujours sans fièvre et en dehors des grands symptômes des infections génitales.

6° Le traitement consistera essentiellement en pratiques décongestives générales et locales, en régimes appropriés, en opérations partielles et conservatrices.

Vu : le Président de la thèse,

POZZI

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BAUBY et CESTAN (Toulouse). — Kystes hématiques des deux ovaires. *Gaz. des Hôp.*, 19 fév. 1903.
- BARTHEZ. — *Traité des maladies gouteuses*, t. II. Paris, 1802.
- BENDER et MARCILLE. — Inondation péritonéale due à la rupture d'un kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire (*Soc. anat.*, juillet 1904).
- BESNIER. — De la pachy-pelvi-péritonite hémorragique. *An. Gyn.*, 1877, t. VII, VIII.
- BEUTHNER. — Formations kystiques de la trompe. *Soc. Obst. et Gyn. de la Suisse Rom.*, 6 juil. 1905.
- BOSSI (L.-M.). — Les conséquences gynéc. du malthusianisme. *La Gynécol.* Paris, 1905.
- BOEKEL. — Kystes ménorragiques de l'ovaire. *Gaz. de Strasbourg*, 1861.
- BOINET. — *Maladie des ovaires*, 1877.
- BRAITHWAITE. — On a cure for incurable metrorragia. *Lancet*, London, 1893, t. I, 315.
- BOUTON. — De la métrite des vierges. Thèse, Paris, 1887.
- BOUILLY. — L'ovarite scléro-kystique. *La Gynéc.*, juin 1900.

BOUILLY. — Des poussées congestives intermenstruelles, 1897.

CABANIOLS. — Thèse, Paris, 1900.

CHAMPIONNIÈRE (J.-L.). — Ovarite, salpingite, adhérences, 1889,
p. 13.

— Ablation des annexes.

COLLINET. — Thèse, Paris. Des modifications des organes génit.
de la femme à la ménopause.

CORNIL et TERRILLON. — Anat. et phys. de l'ovaire et de la
salpingite.

COURTY. — Traité des maladies des organes génit. de la
femme.

CULLINGWORTH. — Kyste de l'ovaire chez un nouveau-né. The
obst. journal, oct. 1874.

CERCHA. — Les cures de Krynica en gynéc. 1906.

SINÉTY (de). — Traité pratique de gynécologie. Paris, 1884,
2^e édit.

— Recherches sur les ovaires du fœtus et de l'enfant
nouveau-né.

DALCHÉ (P.). — L'entérite, ses rapports avec les organes
génit. de la femme. Bull. méd., 1904.

— La puberté chez la femme. Paris, 1906.

— La dysménorrhée essentielle. Son diagn. et pronostic.
Rev. intern de méd. et de chir. Paris, 1904, XV,
145.

— Hyperovarie, métrorragies virginales. Gaz. des Hôp.,
3 juillet 1906.

DOLÉRIS (J.-A.). — La pratique gynécologique.

— Métrites et fausses métrites.

DOLÉRIS et PETIT. — Kystes hémorragiques de l'ovaire. Société
anat., fév. 1888.

- DOLÉRIIS. — Trop de mutilations inutiles. Pas assez de gyn. conservatrice (Nouv. Arch. Obst. et gyn., 1891).
- Ovarite chronique (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. Paris, 1888. Influence de l'état constitutionnel. La Gynécologie, 15 avril 1906.
- DUPUY. — Les métrorragies essentielles. Paris, thèse, 1892.
- FORDYCE. — Péritonite mortelle suite apoplex ov. pendant période menstruelle. N.-York med. J., 16 fév. 1889.
- FRAIKIN. — Ovarite scléro-kystique. Thèse, Bordeaux, 1899-1900.
- FRANZ (K.). — Berlin. Physiologie de l'Utérus (Centralblatt für Gynækologie, 18 juin 1904, n° 24).
- FRANCILLON (M^{lle}). — Thèse, Paris, 1906.
- GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 2^e édition. Paris, 1879.
- GASTEL. — Follicules de de Graaf et corps jaunes. Thèse, Paris, 1899.
- GRIFFITH. — Trans. Obst. Soc. of London, juillet 1887 in British. Med. Journal, 1887.
- GHAZAROSSIAN. — Thèse, Paris. Pathogénie de l'ovarite scléro-kystique, 1902-1903.
- HUNTER. — Petit kyste ovarique avec hémorr. dans cavité abdominale. Obstetrique Soc. N.-York, 1886.
- HALLÉ. — Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme. Thèse; Paris, 1898.
- HEPP (M.). — Sclérose utérine et métrite chronique, 1899.
- HARTMANN (H.) et MORAX (V.). — Note sur la péritonite aiguë généralisée aseptique. An. de Gyn. et Obst., t. XLII, 1894, p. 143 et pp. 193-197.
- JAYLE et LINA (A. de). — Du rôle capital des lésions annexiel-

les dans les réflexions et rétroversions douloureuses

Revue de Gyn., 1897, p. 975.

JAYLE. — An. de Gyn. et Obstétrique, XLIII (1895).

JOCET. — Collections séreuses pelviennes. Thèse, Paris, 1897.

KRAMER. — Cincin. Lancet clinic, 1902, pp. 166-170.

LEGUEU. — Les grandes collections séreuses pelviennes (Cliniques chirurg. de l'Hôtel-Dieu, p. 457, 1902).

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de Gynécologie, 1898, p. 679.

LESNÉ. — Contribution à l'étude des kystes tubo-ovariens. Thèse, Lille, 1900.

LABBÉ. — Traité anatomique, mai 1857. Leçons de clinique. Chir., 1856.

LIMA (A. de). — Fréq. des lésions annexielles dans les rétroversions douloureuses de l'utérus. Thèse, Paris, 1897.

MARTIN. — Traité des maladies des femmes. Trad. française, Paris, 1889.

MORANGE. — Annales de Gynéc., juillet 1893.

MONTENNIS. — Les déséquilibres du ventre, 1903.

POMPE VAN MEERDERVOORT. — De l'étiol. de l'hydro-salpinx. Revue Gyn. Chir. abd., 1901.

PICHEVIN et PETIT. — Lésions vasculaires de l'utérus dans la métrite. Nouv. Arch. de Gynéc., 1895.

POTIER (F.). — Kystes hématiques primitifs de l'ovaire, 1903.

PILLIET (A.-H.). — Les hémorragies dans l'ovarite scléro-kystique. An. Gyn., 1893, p. 366.

PETIT (P.). — Lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. Arch. Obst. et Gyn., 1891.

POTIER. — Société Anat., octobre 1892.

POZZI. — Revue de Gyn. et Chir. abdom., év 1897.

- POZZI. — Annales de Gyn., mars 1893.
— Médecine moderne, 1891-1892.
— Société de Chirurgie, 1891.
— Traité de Gynécologie. Edition 1907.
- PUECH. — Apoplexie des Ovaires (Montpellier médical, 1878).
- PREIVER. — Contribution à l'étude des kystes tubo-ovariens, p. 143. Semaine Gynécolog., 1903.
- PICHEVIN. — De la pathogénie de l'ovaire scléro-kystique, p. 289. Semaine Gynécologique, 1903.
— D'une forme d'hémorragies utérines (neuro-arthritiques), p. 41. Semaine Gynécol., 1903.
- ROSNER. — Des douleurs intermenstruelles. La Gynécol., Paris, 1905.
- ROUSSEAU. — Varicocèle pelvien. Thèse, Paris, 1892.
- ROBINSON. — Ann. Journ. off. Obstét., 1891, t. XXIV, p. 1311.
- ROBIN (Ch.). — Hémorragie des vésicules ovariennes, Société de Biologie, 27 décembre 1856.
- ROLLIN. — Hémorragie de l'ovaire. Thèse, Paris, 1889.
- RICHELOT — Société Obstétrique et Gynéc., 1899 et 1900,
— Les pseudo-métrites des arthritiques nerveuses, Bull. Médical, 15 mars 1899.
— Chirurgie de l'utérus. Doin, 1902.
- RITCH. — Ovarian Physiology. and Pathology.
- RÉCAMIER. — Bulletin de l'Acad. de Médecine, t. XVII, 1850.
- ROBIN et DALCHÉ. — Traitement médical des maladies des femmes. Paris, 1900.
- ROUTIER. — Etude sur les inflammations péri-utérines. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1888 (2).

RICHARD. — Mémoire de la Société de Chirurgie, 1853, t. II, p. 121.

— Mémoire Société de Chirurgie, 1857, t. XXII, p. 356.

SPENCER. — Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, p. 20-21.

SIREDEY. — La neurasthénie utérine. Gazette heb. de Médecine et Chirurgie, 1898.

— Des ménorragies essentielles des jeunes filles. Semaine médicale, 25 fév. 1900.

— La congestion utérine. Bull. médical. Paris, 1902, p. 393-395.

— La congestion utérine. La Gynécologie, février 1900.

— Maladies des organes génito-urinaires de la femme, (in Brouardel et Gilbert, 1907).

— Recherches sur la leucorrhée.

SCKANTO. — Hémorragies du follicule de de Graaf, p. 159. (Sem. gynéc., 1903).

SHOOP. — Brooklyn med. Journ., 1898, XIV, p. 731-732.

SCANZONI. — De la métrite chronique. Paris, 1866.

SHROEDER. — Maladie des organes génitaux de la femme. Trad. franç., 1896.

TERRILLON. — Progrès médical, 1883, n° 49, p. 472.

TILT. — Diseases of menstruation and ovarian inflammation

TISSIER. — Castration de la femme en chirurgie. Thèse, Paris, 1885.

TAIT. — Maladies des ovaires. Tr. franç., 1886.

— Med. Neur., juillet 1886.

VALLIN. — Prolapsus de l'ovaire. Th., Paris, 1887.

VIRCHOW. — Traité des tumeurs. Compte rendu de la Société

obstét. Gynéc., 1905 et la Gynécologie, X, 202-225.

VIGNEAU. — Des hématomes de l'ovaire. Thèse de Lyon,
1902.

WHITE. — The Nature of hydrosalpinx.

